ENCONTROS DIFÍCEIS

Vivências e aprendizados complexos na discência da Medicina

ORGANIZADORES

Isadora Ferreira de Camargos Rosa
Wellington Silveira de Almeida
Fabiano Henrique Rodrigues Soares
Tânia Maria da Silva Mendonça

Editora Poisson

Organizadores
Isadora Ferreira de Camargos Rosa
Wellington Silveira de Almeida
Fabiano Henrique Rodrigues Soares
Tânia Maria da Silva Mendonça

Encontros difíceis:

vivências e aprendizados complexos na discência da Medicina

1ª Edição

Belo Horizonte
Editora Poisson
2025

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
Ms. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
Ms. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56

Encontros difíceis: vivências e aprendizados complexos na discência da Medicina/ Organização: Isadora Ferreira de Camargos Rosa; Wellington Silveira de Almeida; Fabiano Henrique Rodrigues Soares; Tânia Maria da Silva Mendonça - Editora Poisson - Belo Horizonte - MG: Poisson, 2025

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-571-7
DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1.Saúde 2.Medicina 3. Enfermagem I. ROSA, Isadora Ferreira de Camargos II. ALMEIDA, Wellington Silveira de III. SOARES, Fabiano Henrique Rodrigues IV. MENDONÇA, Tânia Maria da Silva V. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterado.

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

Esse e outros títulos podem ser baixados gratuitamente em www.poisson.com.br
Entre em contato pelo contato@poisson.com.br

Organizadores

Isadora Ferreira de Camargos Rosa

Discente do Curso de Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU).

Wellington Silveira de Almeida

Discente do Curso de Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU).

Fabiano Henrique Rodrigues Soares

Possui Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) com estágio na School of Kinesiology, Physical Education and Athletic Training, College of Education and Human Development na University of Maine/EUA (1997). Especialista em Nutrição Esportiva para o Fitness e o Alto-Rendimento pelo Centro Universitário de Volta Redonda/UNIFOA (2004). Mestre em Ciências da Saúde (2013) e Doutor em Ciências da Saúde (2019) pela UFRN. Tem experiência profissional na área de Educação Física, com ênfase em Treinamento Resistido, Avaliação Física e Funcional, Prescrição de Exercício para Saúde e Condicionamento Físico. Atualmente é docente e coordenador do Departamento de Ética e Humanidades em Saúde da FAMED-UFU. Coordena componentes curriculares do eixo reflexivo sobre bioética, relação médico-paciente, história da medicina e humanidades em medicina no Curso de Graduação em Medicina e no Curso de Graduação em Nutrição, ambos da UFU.

Tânia Maria da Silva Mendonça

Possui graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário do Triângulo (1997), mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (2006) e doutorado em Ciências Médicas e Biológicas pela Universidade Federal de São Paulo (2011). Atualmente é Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU) e pesquisadora de Qualidade de Vida em Doenças Crônicas. Docente do Departamento de Ética e Humanidades em Saúde da Faculdade de Medicina da UFU. Atua em Pesquisa Qualitativa em Saúde (métodos mistos); Educação em Saúde; Qualidade de Vida em Doenças Crônicas, e Validação de Instrumentos por meio da Teoria de Resposta ao Item, Revisão Sistemática e Metanálise.

Prefácio

O termo “profissional” está associado a alguém em quem podemos confiar e que possua o conhecimento e a formação que ajude a solucionar os nossos problemas. Podemos dizer que o profissionalismo está associado às caraterísticas práticas que compõem profissões altamente especializadas, como a médica. Esses profissionais passam por um longo processo de formação e o desenvolvimento de competências técnicas, a honestidade e o compromisso com a verdade são valores projetados sobre eles e fazem parte do pacto social de confiança que deve ser estabelecido e respeitado desde o início da formação acadêmica.

O ensino da prática médica e a busca da humanização nos procedimentos e na relação médico-paciente, vem sendo reformulados em conformidade com novos parâmetros necessários para a formação do médico contemporâneo, com vistas às demandas sociais, econômicas e políticas no mundo globalizado. A necessidade de humanização do cuidado proporcionou profundas mudanças no cenário nacional a partir de 1990, ficando claro que a qualidade na atenção à saúde, a segurança e a satisfação do paciente estão diretamente relacionadas à excelência técnica e aos princípios éticos e humanísticos. Por exemplo, competências como a organização e a produtividade se tornam virtudes quando se associam à ética, contrapondo-se à “mercantilização” da medicina e valorizando a dignidade humana.

Importante salientar que o profissionalismo médico não se ensina com uma simples leitura do Código de Ética Médica (CEM) e nem se esgota em seu conteúdo. Também devemos entender que a dimensão técnica, ressalvada a sua importância, não define inteiramente a qualidade profissional. Devemos, portanto, nos perguntar quais valores e virtudes desejamos cultivar para a Medicina do século XXI.

Da análise de diversas situações e contextos da prática clínica, em especial nos encontros difíceis, constata-se que os princípios da beneficência e da não-maleficência, que remontam a antiguidade da Medicina, e os princípios do respeito à autonomia e à justiça, de inclusão mais recente, representam conceitos que nos servem de guias gerais de atuação profissional.

Prefácio

Para além destes, incluem-se outros princípios éticos fundamentais, contemplados no CEM, que são imutáveis no tempo e no espaço, como prega o universalismo moral de Piaget e Kohlberg, entre eles o respeito pela vida humana e pela sua dignidade.

A bioética do profissional médico deve representar o respeito a dignidade humana, em uma abordagem holística que engloba todas as dimensões de valores e que garanta a manutenção do estado multidimensional da saúde (física, psicoemocional e sociocultural), mesmo em um contexto de crescente tecnologização da saúde. Na era da desumanização e do desencanto global que hoje atravessamos, torna-se imperativo um movimento contrário de humanização do cuidado de saúde desde a formação acadêmica do profissional médico. Compete ao médico lidar com o bem mais precioso do ser humano que é sua vida, em suas múltiplas funções biológicas, em sua honra e em seus valores mais significativos e íntimos, bem como em seu patrimônio afetivo. Assim, perante toda essa complexidade, existe e deve-se aplicar a máxima que diz que “antes de sermos bons profissionais, teremos de ser bons seres humanos”.

Este livro é um excelente exemplo desse cuidado. Estudantes de Medicina da UFU relatam suas experiências que foram, ao mesmo tempo, desafiantes técnica e emocionalmente e enriquecedoras profissionalmente. Entrar em contato desde cedo na vida acadêmica com pacientes reais e problemas reais estimula a busca tanto pelo conhecimento técnico quanto pelas habilidades interpessoais necessárias ao bom cuidado em saúde. Esses relatos devem ser considerados pérolas de aprendizado para qualquer um que busque compreender como é a vida de estudantes de Medicina comprometidos verdadeiramente com sua formação. Boa leitura.

Fabiano Henrique Rodrigues Soares.

SUMÁRIO

Capítulo 1: Entre a teoria e a prática: a arte de ouvir na Medicina 10

Isadora Ferreira de Camargos Rosa, Luíza de Freitas Rangel

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.01

Capítulo 2: Quando o paciente não diz tudo: escuta, empatia e insegurança na formação médica – um relato de experiência..... 13

Bianca Oliveira de Simoni, Gabriela Mendonça de Oliveira, Giovanna Fabris

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.02

Capítulo 3: A formação médica que se faz no encontro: reflexões de um atendimento singular..... 16

Gabriela Lopes de Oliveira, Gabriela Ferreira Gonçalves, Giulia Salgado Azevedo

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.03

Capítulo 4: Primeira vez na sala vermelha..... 19

Masaru Santana Kando

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.04

Capítulo 5: Aprendizado e responsabilidade: uma linha tênue no ensino médico 21

Isabela Gutz Cunha Carvalho, Isabela Souza Prometi, Yasmin Santos Tavares

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.05

Capítulo 6: Desafios comunicacionais na prática médica: vivências de um encontro multicultural em Pediatria..... 24

João Vitor Ferreira Domingos, Luiz Felipe Souza e Silva, Leonardo Henrique Cabeza

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.06

Capítulo 7: O eco da voz interior: a gagueira na relação médico-paciente..... 27

Mauro Victor de Azevedo Gomes, Caio Queiroz de Souza Guirelli

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.07

Capítulo 8: Entre o saber técnico e a escuta sensível: um desafio clínico na graduação em Medicina 30

Carolina Chioca Lopes Marteleto, Celso Henrique de Jesus Gomes, Eloara Gomes de Paula

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.08

SUMÁRIO

Capítulo 9: Emoções frente ao desconhecido: primeiro atendimento 33

João Victor de Sousa, Julia Mayumi Santos Mitsunaga, Victor Borges de Sousa

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.09

Capítulo 10: Encontro difícil na abordagem de paciente com tentativa de autoextermínio 36

Larissa Ferreira Lima, Karen Silva Alves

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.10

Capítulo 11: Desafios entre o aprendizado e o choro: vivências no primeiro contato pediátrico - um relato de experiência 38

Ana Carolina Malacco Oliveira, Camila Kaminise Otaki

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.11

Capítulo 12: Epifanias do primeiro atendimento ambulatorial: quando a prática revela o que a teoria não alcança 40

Raiane Aparecida Valentim Silva, Milena de Lima Martins

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.12

Capítulo 13: Entre o choro e a fome: a empatia como ferramenta clínica 43

Matheus Pagnano de Souza, Bianca Tafuri D'anuncio

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.13

Capítulo 14: Atendimento pediátrico no quarto período de Medicina: uma reflexão sobre a síndrome do jaleco branco 45

Thaís Cristina Vieira Alves, Sophia Mendonça Marangon

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.14

Capítulo 15: Desafios no ambulatório de Pediatria: uma abordagem humanista 47

Iago Fernandes Vaz Freires, Gabriel de Souza, Renato Nogueira Cunha

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.15

Capítulo 16: Limitação teórico-prática: discutindo uma tentativa de autoextermínio 50

Matheus de Paula Silva, Thiago Souza da Silva, Nilson Junio Faustino da Costa

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.16

SUMÁRIO

Capítulo 17: O desejo de ajudar diante do pouco saber 53

Yuri Trivelato Desideri, Gustavo de Paiva Silva, Wender Araújo Silva

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.17

Capítulo 18: Ciência e pós-verdade: experiência clínica e reflexão na educação médica 56

Guilherme Freire Silva Rosa, Gustavo Ribeiro Alves, Henrique Fernandes Veloso Júnior

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.18

Capítulo 19: Aprendizado além de uma nota..... 58

Alan Braga de Lima, Lucas Petraglia Barroso, Raffael Ramos Montalvão

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.19

Capítulo 20: Um encontro difícil na Pediatria 63

João Victor Soares Martins, João Victor Silva Rocha, Reynam Francisco dos Santos Cesar

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.20

Capítulo 21: A terminalidade da vida e sua interface com a prática do cuidado 66

Wellington Silveira de Almeida, Isabela de Santana Vasques Melo, Milena Mariana Wellichan

DOI: 10.36229/978-65-5866-571-7.CAP.21

CAPÍTULO

01 Entre a teoria e a prática: a arte de ouvir na Medicina

Isadora Ferreira de Camargos Rosa, Luíza de Freitas Rangel

A relação médico-paciente envolve diversos aspectos objetivos e subjetivos, essa interação exige do médico o desenvolvimento de habilidades essenciais, como comunicação eficaz, empatia e capacidade de estabelecer vínculos de confiança. Uma comunicação competente no contexto da saúde é fundamental para criar e manter vínculos, tanto no nível individual quanto familiar, além de permitir um cuidado alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (Ceron, 2010). A entrevista clínica centrada na pessoa surge como uma estratégia para garantir uma comunicação eficaz, pois permite que o paciente conduza o diálogo e o tratamento, ao contrário da abordagem tradicional, em que o profissional realiza perguntas apenas com o objetivo de chegar a um diagnóstico (Ceron, 2010). A abordagem moderna favorece diagnósticos mais precisos e completos, pois permite que o paciente expresse livremente suas necessidades, além de promover maior autonomia ao incentivá-lo a participar ativamente das decisões sobre a sua saúde. Tal fato aumenta as chances de adesão ao tratamento e melhora os resultados clínicos.

No quarto período do curso de medicina na Universidade Federal de Uberlândia, os alunos iniciam a disciplina de Raciocínio Clínico, que marca um momento de maior proximidade com os pacientes em relação aos períodos anteriores, pois envolve a coleta frequente de anamneses, a realização de exames físicos e a análise de histórias clínicas obtidas pelos colegas para chegar a um diagnóstico. Nessa fase, as habilidades médicas essenciais, como a comunicação eficaz e a capacidade de estabelecer um bom vínculo com o paciente, tornam-se ainda mais relevantes para o sucesso da atividade. Um exemplo disso ocorreu quando fomos responsáveis pelo caso da semana dessa disciplina. Tínhamos apenas um intervalo de uma hora, entre duas aulas, para selecionar o paciente, realizar a anamnese e o exame físico. Sabíamos que o tempo seria curto e, para que fosse possível, dividimos previamente as tarefas, para garantir que cada uma de nós estivesse preparada para abordar os tópicos responsáveis de forma rápida e completa.

Ao chegarmos ao hospital, encontramos um residente da Hematologia, que havia nos dado uma aula no semestre anterior. Aproveitamos a oportunidade para pedir indicação de um paciente que "tivesse uma história interessante e quisesse conversar conosco", dado o pouco tempo disponível naquele dia. O residente nos indicou um paciente, recém-admitido no hospital, que apresentava uma história interessante para a discussão e era muito solícito em responder todas as perguntas. Fomos até o leito indicado com tudo organizado, mas, ao nos apresentarmos, fomos surpreendidas. O paciente alegou estar rouco e com dor intensa na garganta, o que dificultava a fala, e pediu que sua esposa, acompanhante, respondesse por ele. Imediatamente, ela refutou a informação e, rindo, explicou que ele não estava com dificuldades na fala, mas sim cansado de ser constantemente questionado por alunos de Medicina que realizavam perguntas repetitivas e invasivas.

Ficamos assustadas, pois esperávamos um paciente colaborativo, disposto a ajudar

e cumprir os tópicos que tínhamos organizado. Percebemos, então, o desafio enfrentado por muitos acadêmicos de Medicina, que precisam conciliar as suas expectativas e a necessidade de treinar habilidades essenciais com a resistência de alguns pacientes em participar desse processo. Inicialmente, pensamos em agradecer e procurar outro paciente, já que nossa expectativa era ser bem recebidas, mas, logo nos atentamos que, na prática médica, encontraremos pacientes igualmente ou até mais resistentes. Decidimos, então, mesmo frustradas e insatisfeitas, permanecer no quarto e tentar estabelecer uma comunicação mais natural, improvisando estratégias para estabelecer um vínculo e superar a resistência do paciente.

Durante a anamnese, procuramos adotar uma postura acolhedora, reforçando que o cansaço do paciente era compreensível e que não haveria problema caso algumas informações fossem fornecidas pela esposa. Além disso, nos empenhamos para ouvi-lo atentamente sempre que ele decidia compartilhar algo. Ao final da anamnese, receosas de uma possível recusa, pedimos autorização para realizar o exame físico. Para a nossa surpresa, percebemos que o paciente se tornou colaborativo ao longo da conversa, pediu que nos aproximássemos e fez uma brincadeira, pedindo para não termos medo de examiná-lo. Esse momento nos trouxe uma grande satisfação, pois, embora estivéssemos despreparadas, conseguimos lidar com a situação de forma eficaz, a escuta ativa permitiu que o paciente se sentisse mais confortável. Ao final, agradecemos a colaboração tanto do paciente quanto da acompanhante e reforçamos a importância dessa atitude para a nossa formação médica.

Após esse encontro, refletimos sobre o ocorrido e reconhecemos a importância de buscar uma base teórica mais sólida para compreender e lidar com intercorrências e dilemas, já que mesmo sem nos conhecer o paciente já apresentava tanta resistência, e para encontrar ferramentas e estratégias para lidar melhor com situações semelhantes a essa de maneira mais confiante e natural. Assim, consideramos que essa situação pode ser analisada à luz dos conceitos de “transferência” e “contratransferência”. Para Palhares (2008), a “transferência” é a projeção inconsciente de sentimentos e emoções do paciente, originados de relações anteriores, que podem ser desproporcionalmente positivas ou negativas para o contexto atual, enquanto a “contratransferência” consiste na reação inconsciente do profissional da saúde diante das emoções, expectativas e comportamentos do paciente, que podem se basear em suas próprias experiências vivenciadas em relações anteriores, distorcendo sua percepção do paciente e impactando sua conduta. Diante disso, percebemos que a situação foi marcada pela transferência, pois o paciente projetou em nós experiências prévias negativas (alunos de Medicina que fazem perguntas inoportunas e incomodam), e que, portanto, deveríamos nos afastar da contratransferência (interrogatório de forma mais ríspida ou direta por não terem sido bem recebidas), a fim de garantir que a anamnese fosse conduzida de forma agradável e acolhedora.

Ademais, é importante considerar que a relação médico-paciente vai além da troca de informações sobre a saúde e as patologias do paciente ao envolver trocas emocionais, culturais e sociais. Como analisa Foucault em “O Nascimento da Clínica” (1977), a relação médico-paciente passou por transformações significativas, especialmente a partir do século XVIII, com a medicina voltada para a anatomia patológica, a identificação das causas das enfermidades e a objetificação do corpo. Esse fenômeno impactou profundamente a relação médico-paciente, promovendo a despersonalização do paciente e a repressão da sua subjetividade em favor da objetividade científica. Com isso, ocorreu a redução e estereotipização do doente e seus sintomas, e criou a falsa ideia de que essa

interação é restrita ao tecnicismo científico.

Diante disso, mesmo que tenhamos tido um bom aproveitamento da situação relatada, ficou nítida a necessidade de aperfeiçoamento da nossa capacidade para que tais situações desafiadoras possam ser contornadas com maior naturalidade e segurança. Para isso, devemos buscar sempre uma comunicação clara, transparente e adaptada ao paciente, explicando todas as razões de estarmos realizando a anamnese e o exame físico, além de acolher suas queixas e subjetividade. Além disso, é fundamental que a coleta da história seja centrada na pessoa, permitindo a livre expressão do paciente, tanto de queixas físicas quanto emocionais, enquanto realizamos intervenções pontuais para obter informações necessárias que não foram abordadas. Isso nos permitirá entender melhor os aspectos biopsicossociais do paciente e organizar a história clínica de forma mais completa e precisa. Essa reflexão nos permite entender melhor os desafios que enfrentamos na prática médica, além de aprimorar nossas habilidades de comunicação, empatia e construção de vínculos, essenciais para superar resistências e adotar uma abordagem centrada no paciente. A busca contínua por conhecimento teórico e prático é crucial para nossa formação como profissionais de saúde, garantindo uma interação mais humanizada e eficaz com os pacientes.

REFERÊNCIAS

[1] CERON, M. Sumário Habilidades de Comunicação: abordagem centrada na pessoa. [s.l: s.n.]. **UNA-SUS**. São Paulo: UNIFESP; 2010. Disponível em: https://unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unid ade24.pdf. Acesso em: 28 set. 2024.

[2] FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. trad. de roberto machado. [s.l.] Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

[3] PALHARES, Maria do Carmo Andrade. Transferência e contratransferência: a clínica viva. **Rev. bras. psicanál**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 100-111, mar. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 dez. 2024.

CAPÍTULO

02

Quando o paciente não diz tudo: escuta, empatia e insegurança na formação médica - um relato de experiência

Bianca Oliveira de Simoni, Gabriela Mendonça de Oliveira, Giovanna Fabris

Na graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, nós enquanto alunos, temos o privilégio de ter contato com o HC-UFU, o hospital escola, desde os primeiros períodos da nossa formação. Esse contato é essencial para que, desde o primeiro período, possamos nos familiarizar com os diferentes setores do hospital e começar a compreender um pouco do funcionamento da instituição. Já nos períodos seguintes, quando iniciamos as disciplinas Semiotécnica I e II, acompanhamos preceptores na entrevista de pacientes e depois somos incentivados a ir ao hospital e colher, sem supervisão, as anamneses de pacientes à nossa escolha, para que nossa habilidade de colher histórias clínicas e nossa escrita técnica sejam avaliadas.

Essa prática de colher a anamnese é muito importante, uma vez que permite integrar nossos conhecimentos teóricos à prática e desenvolver habilidades de comunicação com os pacientes. Ao longo dos períodos essa atividade vai se tornando cada vez mais natural e segue sendo solicitada por professores de diversas disciplinas.

Nesse contexto, no quarto período, diante da necessidade de colher uma anamnese para que o caso fosse discutido na disciplina de Raciocínio Clínico, tivemos contato, no dia primeiro de novembro de 2024, com a história clínica de um paciente de 66 anos, divorciado, cozinheiro aposentado, que apresentou um quadro de infarto agudo do miocárdio e havia sido internado para realização de uma angioplastia. No momento de nossa conversa ele estava em recuperação do procedimento cirúrgico, na Clínica Médica, aguardando alta hospitalar para aquele mesmo dia.

Durante a entrevista, éramos três alunos e perguntamos a ele sobre sintomas como falta de ar e desconforto ao respirar, ao que ele negou sentir qualquer desconforto. Prosseguimos, então, para o exame físico, quando, durante a ausculta pulmonar, solicitamos que ele inspirasse e expirasse profundamente algumas vezes para que pudéssemos avaliar. Porém, nesse momento o paciente começou a ficar sem ar e se levantou para pegar uma máscara de suplementação de oxigênio que estava ao lado do leito. Após isso, ficamos sem saber como reagir e perguntamos novamente se ele estava sentido falta de ar; foi quando ele nos respondeu “com um coração desse, como vocês acham que vou me sentir?”. Continuamos a conversa e finalizamos a entrevista agradecendo o tempo dele em nos responder.

Escolhemos narrar e refletir sobre esse momento, pois foi um encontro difícil e inesperado com um paciente, em que não sabíamos como reagir ao fato de ele ter dito não sentir desconforto respiratório e ao exame físico, claramente, apresentar tal desconforto.

Na ocasião, nos sentimos enganadas, pelo paciente ter omitido informações, e isso nos fez encerrar a entrevista o mais breve possível, mantendo a educação. Porém, refletindo melhor depois, achamos que poderíamos ponderar mais e buscar sermos mais empáticas, nos colocando no lugar do paciente e pensando se nós teríamos a facilidade de

relatar nossas dificuldades para um desconhecido em um momento de fragilidade, visto que o paciente pode ter sentido medo de revelar tais sintomas e não receber alta, sobretudo por não compreender que nosso papel como estudantes não tem influências para mudar o curso de uma internação. Então, nós, se vivenciássemos isso novamente, continuaríamos a entrevista buscando explorar mais esses sintomas que ainda não haviam sido relatados, tendo em mente essa possível insegurança do paciente em relação à alta, e buscando criar uma relação melhor entre médico e paciente.

Naquele momento, diversos sentimentos emergiram, como desconfiança, desconforto, medo e principalmente insegurança na relação médico-paciente. Primeiramente, desconfiança em relação ao que o paciente estava nos dizendo: "Estaria ele mentindo sobre sua situação atual?". Além disso, desconforto e medo: "Será que estamos piorando a situação do paciente?"; "Será que estamos incomodando?". E por fim, uma grande insegurança sobre a relação estabelecida: "Será que ele não se sentiu confortável com a gente?"; "Será que ele está mentindo por nós sermos estudantes e não nos achar capazes?"; "Será que ele está mentindo para não perder sua alta?".

Uma busca na literatura confirmou o que outras experiências no hospital nos mostram: geralmente, os pacientes têm uma percepção positiva do atendimento por estudantes de medicina, mas muitos não se sentem confortáveis nessa situação. Conforme Mwaka *et al*. (2022), essa percepção é bastante influenciada pela leitura do paciente quanto à gravidade do seu acometimento: quanto mais grave a sua doença, menor o seu conforto ao ser atendido por estudantes. O mesmo estudo traz outra conclusão interessante: quanto maior o nível educacional do paciente, menor o seu conforto ao ter estudantes envolvidos nos seus processos de cuidado, sendo a maior preocupação manifestada a sensação de invasão de privacidade por estudantes.

Tendo essas experiências e as conclusões do estudo citado em mente, surgiu a seguinte questão de aprendizagem: "Como podemos adquirir ferramentas para lidar com encontros difíceis durante a nossa formação médica?". Lorenzetti *et al*. (2013) nos fornecem algumas análises e estratégias para lidar com essas situações. Em última análise, pode-se resumir tais necessidades de aprendizagem como: primeiro, estar alerta para as possíveis emoções reais que podem estar por trás de atitudes difíceis dos pacientes e segundo, e mais importante, estar sempre alerta para as emoções que podem interferir nos nossos entendimentos e atitudes enquanto profissionais de saúde. Para ambos, o autoconhecimento profundo é essencial.

Finalmente, após as reflexões e leituras, propomos uma adição às ponderações de Lorenzetti *et al*. (2013): o exercício da empatia pode ser um grande aliado para lidar com situações em que o paciente não esteja confortável para ser sincero em relação aos seus sintomas ou não esteja satisfeito ao ser atendido por estudantes de medicina. Perguntar-se "será que se eu estivesse nessa situação, eu seria completamente sincero? Eu estaria feliz de ser entrevistado por estudantes "curiosos" que, no final, não poderão fazer nada por mim?" pode ser uma ferramenta interessante para ajudar a refinar abordagens e aprimorar as habilidades de comunicação e de relação médico/estudante-paciente.

Por fim, a análise dessa experiência nos mostrou que a formação médica vai muito além do domínio de assuntos biomédicos, pois engloba habilidades de comunicação e identificação de emoções. Com a leitura dos textos, para buscar respostas para nossas necessidades de aprendizagem, entendemos que precisamos compreender as emoções reais que estão por trás das reações dos pacientes em encontros difíceis e ainda estar atentos às nossas próprias emoções diante da situação. Além disso, refletimos sobre a

importância da empatia, pois é através dela que podemos entender melhor nosso paciente e a maneira que ele está se sentindo, o que reflete em seu comportamento durante encontros difíceis.

REFERÊNCIAS

[1] LORENZETTI, R. C. *et al*. Managing Difficult Encounters: Understanding Physician, Patient, and Situational Factors. **American Family Physician**, v. 87, n. 6, 15 mar. 2013.

[2] MWAKA, A. D. *et al*. Patients' attitudes towards involvement of medical students in their care at university teaching hospitals of three public universities in Uganda: a cross sectional study. **BMC Medical Education**, v. 22, n. 1, 1 dez. 2022.

CAPÍTULO

03 A formação médica que se faz no encontro: reflexões de um atendimento singular

Gabriela Lopes de Oliveira, Gabriela Ferreira Gonçalves, Giulia Salgado Azevedo

A centésima primeira turma de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) iniciou o quarto período em outubro de 2024, com previsão de ser um semestre encurtado para conseguir a regularização dos períodos. Assim, após o ensino da semiologia no segundo e terceiro períodos da graduação, iniciaram-se os atendimentos em grupos nos ambulatórios de Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia. Essa prática tem papel fundamental na formação médica, pois é possível aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo de três semestres em um ambiente clínico real, além de serem desenvolvidas habilidades essenciais para a profissão, como a comunicação adequada com pacientes (Gilligan *et al*., 2021)[1]. Nesse contexto, é notória a recorrência dessa prática no ambulatório de Pediatria, visto que o contato não se dá apenas com o paciente, mas também com a sua família. Dessa forma, ter um bom diálogo proporciona melhores consultas resultando num melhor entendimento da dinâmica e das demandas da família.

Nos primeiros atendimentos realizados na Pediatria, acompanhados pela preceptora Dra. Daniela Marques, atendemos a uma mãe, que será nomeada de Josefa, por questão ética intrínseca ao sigilo médico, que levou seu bebê de quatro meses em consulta de puericultura. Esse seria o segundo atendimento conduzido pelo trio e ainda existiam sentimentos de insegurança e medo da maneira com a qual a consulta ocorreria, pois o primeiro atendimento, com outra família, havia sido desafiador, visto que existiram dificuldades em estabelecer-se um diálogo fluido e confortável com a mãe. Todavia, causando uma surpresa positiva, a consulta com Josefa, acompanhada do pai do bebê, que participou de forma ativa na consulta, foi muito agradável e eficiente, além de ressaltar a importância da presença da figura paterna para dar apoio a mãe e seu impacto no desenvolvimento da criança, na adesão às orientações médicas e na promoção do vínculo afetivo (Souza & Brito, 2017)[2]. No decorrer da consulta, ambos mostraram-se muito abertos às orientações dadas, demonstrando interesse nas informações e em como elas poderiam contribuir com um melhor desenvolvimento da criança. Assim, a escolha de relatar esse momento justifica-se pelo fato dessa consulta elucidar ao trio a singularidade de cada caso.

Inicialmente, na primeira consulta realizada, a mãe demonstrava resistência ao responder às perguntas, dando respostas curtas, o que gerou frustração ao grupo, visto as escassas informações obtidas pela anamnese. Com esse impasse na construção da relação médico-paciente, surgiram sentimentos negativos que colocaram em dúvida a capacidade de fornecer um bom atendimento para esse paciente, como também o que poderia ser oferecido nesse contexto mais restrito.

Num segundo momento, esses sentimentos iniciais foram refletidos na consulta com Josefa, em demonstrações de medo e preocupação antes de conhecer a família, existindo certa apreensão de que esse novo encontro poderia ser difícil também. Nesse sentido, em publicação sobre o contato do médico com o paciente, Lucchese (2019)[3]

estabelece que no encontro de duas pessoas, constrói-se uma relação afetiva, em que faz parte o fenômeno da transferência - projeções alheias depositadas no médico pelo paciente, também faz parte desse fenômeno a contratransferência, em que o médico reflete inconscientemente as experiências passadas e sentimentos pré-estabelecidos no paciente, assim como ocorreu no atendimento de Josefa. Porém, logo no início dessa segunda consulta, o trio deparou-se com a família participativa e interessada na consulta. Felizmente, ocorreu a quebra da expectativa negativa criada a princípio e a condução da consulta ocorreu sem problemas. Dessa maneira, os pais fizeram perguntas ao decorrer do atendimento, algumas que foram respondidas de imediato e outras posteriormente com o auxílio da Dra. Daniela. Nesse momento, houve um breve constrangimento entre o trio pela necessidade de ajuda para sanar as dúvidas que surgiram, criando uma reflexão sobre a credibilidade que tinha sido passada àquela família, no que diz respeito as informações que trazemos. Com isso, pode-se refletir sobre a responsabilidade que os estudantes possuem no atendimento ambulatorial, mesmo que em fase de aprendizado.

Diante dessa experiência, foi possível identificar algumas necessidades de aprendizagem fundamentais para o aprimoramento do estudante em consultas pediátricas desafiadoras. Na primeira consulta, a dificuldade do encontro revelou a necessidade de desenvolver uma escuta mais ativa e acolhedora, habilidade essencial na prática clínica. Uma estratégia para lidar com situações semelhantes é demonstrar paciência e dedicar mais atenção às preocupações do familiar, validando suas preferências. Por exemplo, o trio pôde reconhecer que a mãe confia mais nas orientações da professora, utilizando uma abordagem como: “Percebemos que você prefere as orientações da professora, o que é totalmente compreensível. Ainda assim, gostaríamos de saber como podemos ajudar você e seu filho em situações futuras.” Essa postura não apenas reconhece a resistência da mãe, mas também mostra que o estudante está comprometido com a relação médico-paciente.

Além disso, percebe-se a necessidade de aprender a reconhecer as próprias emoções e identificar os sentimentos evocados pela interação, como irritação, desconforto ou a vontade de se justificar. Esse reconhecimento é fundamental para evitar projeções emocionais negativas no paciente ou em seus familiares, garantindo um atendimento mais ético e profissional. Assim, torna-se essencial fazer um uso construtivo da contratransferência, ao compreender as próprias emoções, o estudante pode utilizá-las para ajustar sua abordagem, respondendo de forma mais empática e eficaz às necessidades do paciente e sua família. Por fim, é igualmente importante aprender a não permitir que as emoções de uma consulta anterior impactem em outra consulta. Separar as relações médico-paciente é um elemento-chave para manter a neutralidade e o profissionalismo, garantindo que cada atendimento seja conduzido de forma única, sem interferências emocionais ou julgamentos prévios.

Diante disso, é reconhecida a importância de uma boa formação e da construção de um conhecimento sólido a partir de fontes confiáveis que forneçam boa base teórica para as orientações que serão dadas aos pais, o que vai suceder em um bom desenvolvimento da criança, repercutindo inclusive na fase adulta. Portanto, diante desse cenário enriquecedor tanto para aspectos emocionais quanto técnicos, fica nítida a relevância da prática médica desde os períodos iniciais, visto que as experiências no ambulatório e as formas de reação perante a elas irão refletir nos futuros profissionais que irão se formar.

REFERÊNCIAS

[1] Gilligan C, Powell M, Lynagh MC, Ward BM, Lonsdale C, Harvey P, James EL, Rich D, Dewi SP, Nepal S, Croft HA, Silverman J. Interventions for improving medical students' interpersonal communication in medical consultations. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2021**, Issue 2. Art. No.: CD012418. DOI: 10.1002/14651858.CD012418.pub2.

[2] Souza, D. C. de, & Brito, A. M. (2017). Participação paterna na puericultura: uma análise sobre o papel do pai na saúde infantil. **Revista de Pediatria**, 53(2), 123-128.

[3] LUCCHESE, Ana Cecília; ABUD, Cristiane Curi; DE MARCO, Mario Alfredo. Transferências na formação médica: transference during undergraduate medical training. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1271-1280, 2019.

CAPÍTULO

04 Primeira vez na sala vermelha

Masaru Santana Kando

Nós, alunos do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), temos o privilégio de ter um hospital escola, com livre acesso para frequentar os ambulatórios, o bloco cirúrgico e o PS, além de uma equipe de docentes médicos bem-dispostos a nos ajudar. Estou no quarto período da graduação e um episódio recente me marcou bastante. Certo dia uma amiga minha, do internato, precisava de ajuda na sala vermelha. No setor, havia um paciente que estava na ventilação manual com bolsa-válvula-máscara por 4 horas e eles precisavam de ajuda para revezar.

Tratava-se de um paciente do sexo masculino, 51 anos, que havia sofrido um acidente há 30 anos que resultou na estenose da traqueia. Por isso, precisou passar por diversas trocas de prótese, sendo a última, há 5 anos atrás. Há 21 dias, iniciou com alteração na respiração. No dia 18/11 foi realizada a retirada da endoprótese e feita a traqueostomia. No dia seguinte, procurou o PS UFU, devido ao desconforto respiratório, apresentando dispneia e dessaturação (SatO2: 78% AA).

Quando cheguei na sala vermelha, comecei a ventilação manual, fiz por 1 hora, até que a equipe de emergência decidiu colocar a máquina de ventilação. No entanto, o aparelho não conseguia provocar pressão positiva, por causa da traqueia estenosada, tendo a necessidade de voltar para o manual. Depois foi solicitado que alguém fizesse a solicitação e a coleta da gasometria, quase me pediram, mas avisei que não sabia como fazer, além de não ser interno. Logo após a solicitação, o paciente começou a entrar em acidose metabólica, levando a uma parada cardiorrespiratória. Foi necessária fazer a RCP. Eu faria o quinto ciclo de ressuscitação, mas não foi necessário, pois ele voltou no terceiro e foi encaminhado para cirurgia torácica, que conseguiu estabilizá-lo. Essa foi a minha primeira vez na sala vermelha, uma experiência muito marcante, pois senti a atmosfera que cercava o ambiente, um cenário de calmaria, mas que pode virar uma tempestade quando menos esperamos.

Nesse contexto, uma das áreas que o acadêmico necessita ter contato é a área de urgência e emergência e os profissionais na graduação tem a oportunidade de conhecer este campo através de simulados e estágios, pois é um setor que requer agilidade e rapidez, pelo surgimento de agravos inesperados à saúde do paciente. É um momento que gera agitação, porém todas as decisões devem ser tomadas com tranquilidade e ao mesmo tempo agilidade, para gerar segurança e eficácia (Da Silva *et al.*, 2022, p.2).

Senti, pela primeira vez, o gosto de uma rotina no PS e a conduta/comportamento a ser tomado nos momentos de alta tensão, algo que não é ensinado na sala de aula. No fim, eu fiz somente a ventilação, não fiz a gasometria e não tive que fazer a RCP no paciente. Acredito que fiz o certo e fiz o que cabia a um aluno do segundo ano do curso de medicina fazer, dentro dos limites, com pouca experiência e sem vivência no PS.

Apesar de ter a consciência de que acertei nas minhas ações, me senti um pouco impotente, fiquei com pensamentos de “acho que eu poderia ter feito mais na sala vermelha”, poderia ter dito: “Não sei gasometria, mas estou disposto a aprender, poderia me ajudar?” ou “Posso ir com você?”. No momento da RCP, talvez poderia ter tomado a iniciativa de ter ido primeiro, pois aprendi a fazer RCP no PS nas Escolas, projeto de extensão do qual fiz parte. Digo isso, pois mesmo achando que a minha inexperiência poderia prejudicar a equipe e o paciente, sinto que não só deveria, como poderia ter contribuído mais, poderia ter sido menos receoso e mais firme em certos momentos.

O artigo “Gerenciando a Equipe de Enfermagem na Sala de Emergência”, de Monsani e Soratto (2019), aborda conceitos, como harmonia, no sentido de saber trabalhar em equipe e ter entrosamento com os colegas de profissão; agilidade, pensamento rápido e saber as condutas que devem ser exercidas no atendimento de emergência e, por fim, força mental, pois é um trabalho muito intenso e acelerado que requer alta qualificação e raciocínio na hora do atendimento.

Nessa vivência ocorreram momentos em que fiquei indeciso entre ajudar ou só ficar observando; por causa da inexperiência não consegui adotar uma postura condizente com o profissional de saúde que atua na emergência, mesmo sendo o que se esperava de um estudante do segundo ano de medicina. Diante disso, senti a necessidade de aprender como se portar diante de situações caóticas nesse ambiente. Neste setor é necessária a aplicação de práticas clínicas cuidadosas e ágeis (Monsani; Soratto, 2019, p.3). Para tanto, os setores de urgência e emergência são ambientes onde os profissionais devem ter a capacidade de tomar decisões rápidas, serem tecnicamente qualificados.

O trabalho desses profissionais exige esforço físico, mental, emocional e psicológico, visto que demanda atenção, realização de atividades com alto grau de responsabilidade e dificuldade, ritmo acelerado de trabalho (Monsani; Soratto, 2019, p.3).

Portanto, ilustra-se bem a forma de se comportar e o perfil esperado de um profissional de saúde na sala de emergência. Desse modo, percebo que a prática e a aquisição de mais conhecimento ao longo do curso sejam as soluções para desenvolver e aprimorar tais habilidades e competências.

REFERÊNCIAS

[1] CALDEIRA, R. DA S. *et al*. Avaliar o preparo dos acadêmicos de enfermagem frente à um atendimento de urgência e emergência. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e187111436269, 2022.

[2] DA SILVA, I. *et al*. Contribuições da monitoria acadêmica em urgência, emergência e terapia intensiva para enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 2, p. 314–318, 2019.

[3] Monsani, ED e Soratto, MT (2019). Gerenciando a Equipe de Enfermagem na Sala de Emergência. **Inova Saúde**, 9 (1), 83.

CAPÍTULO

05 Aprendizado e responsabilidade: uma linha tênue no ensino médico

Isabela Gutz Cunha Carvalho, Isabela Souza Prometi, Yasmin Santos Tavares

O 4º período marca o primeiro contato dos alunos de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) com a prática clínica ambulatorial, por meio de consultas pediátricas conduzidas pelos próprios estudantes e supervisionadas pelos preceptores. Nesse contexto, o contato dos alunos com demandas e pessoas reais se intensifica, abrindo oportunidade para a reflexão sobre como seria um atendimento satisfatório para médico e paciente, demonstrando como o eixo de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas (ASRF) se presta como uma ferramenta essencial para os alunos lidarem com essas primeiras consultas.

Nessa perspectiva, as presentes autoras destacam uma situação na qual essa reflexão ganhou papel importante, cujo início se deu no Ambulatório de Puericultura, um ambiente catalisador de emoções, como anseio e medo, entre os alunos do 4º período. Desse modo, destaca-se o atendimento de uma mãe jovem com seu segundo filho de um pouco mais de um ano de vida, com queixa de diarreia persistente há três meses. Apesar de múltiplos tratamentos, incluindo três antibióticos distintos, o quadro a criança não melhorava e, ao abrir a porta do consultório, as primeiras palavras da mãe foram: “Eu não via a hora de ser atendida por vocês”. Logo, uma pressão recaiu sobre nossos ombros e um sentimento de responsabilidade surgiu entre nós. Ao longo da consulta, realizamos a anamnese, a avaliação física e a análise dos exames complementares, sem encontrar nada suficiente para acharmos uma solução para a queixa e, consequentemente, tranquilizar a mãe. Cada vez mais pressão nos tomava conta, mesmo que, naquele ambiente, não tivéssemos a responsabilidade de diagnosticar os casos, pois éramos estudantes e não especialistas. Somente após a discussão do caso com a pediatra, pudemos entender a complexidade do caso e observamos que apenas os dados coletados não eram suficientes para um diagnóstico: precisávamos de mais tempo e novas investigações. Contudo, o receio ainda nos consumia, afinal, não sabíamos como a mãe reagiria ao contar a ela que não possuíamos uma solução, crendo que nosso papel, como futuros médicos, deveria ser esse. Porém, quando repassamos as orientações à mãe, mesmo que não conclusivas, percebemos um alívio em seu rosto ao perceber que estávamos cuidando de seu filho da melhor forma, sendo uma reação inesperada que nos suscitou reflexões.

A escolha em narrar o momento apresentado justifica-se por ele suscitar questionamentos: um atendimento satisfatório se resume em proporcionar ao paciente um diagnóstico? Ou seria sobre ouvir e considerar as queixas do paciente? Na situação, a mãe chegou com a expectativa de solução de um problema, suscitando um sentimento de responsabilidade da cura, a qual, em um ambulatório didático, não cabe apenas aos discentes.

Quando refletimos sobre a atitude que tomamos durante essa situação, entendemos que pela preocupação da mãe, nós tentamos ser médicos, e não estudantes, por um momento. Pela responsabilidade que nós mesmos acreditamos que nós tínhamos,

nosso comportamento foi tentar encontrar uma resposta para que nos livrássemos daquela sensação de que tinha um grande problema em nossas mãos e que nós, e somente nós, éramos responsáveis por resolvê-lo. Entretanto, com a chegada da preceptora e a descoberta de que era um caso complexo, nossa atitude mudou: percebemos que nós, como estudantes do quarto período, não tínhamos a capacidade de resolver todas as queixas, já que até mesmo a médica não conseguiria fazer isso naquele momento. As limitações da nossa profissão saltaram em nossos olhos, porque para nós, estudantes, não era claro que todas as queixas não iam ser resolvidas logo no primeiro contato com o paciente, por isso nossa angústia. Por fim, com a reação da mãe diante de nossas orientações, nosso comportamento mudou mais uma vez: o alívio sentido pela mãe refletiu no alívio sentido, também, por nós. Acreditamos que outro fator que justifica a nossa apreensão era, justamente, como a mãe iria agir diante da notícia de que a questão de seu filho não seria resolvida facilmente. Mas, foi muito positiva a reação da mulher, na medida que, a partir disso, nosso comportamento foi leve e pudemos seguir com a consulta com mais calma e confiança, o que nós acreditamos que faltou no início da consulta. Por isso, pensamos que deveríamos ter agido diferente, acreditando no trabalho que estávamos realizando junto da preceptora, porém, entendemos também que nossas ações foram reflexo de nossos sentimentos.

Quando pensamos sobre o que sentimos, concluímos que foi preocupação, angústia e impotência, devido à incerteza de um diagnóstico e tratamento claros e ao nosso despreparo, principalmente sobre como lidar com um atendimento não tão comum. Além disso, ao final da consulta, com a reação da mãe, o sentimento foi de alívio e autoconfiança de que o que estávamos fazendo estava certo, mesmo que inicialmente, para nós, não parecesse.

Diante dessa situação, nós identificamos como necessidade de aprendizagem lidar com grandes expectativas sobre diagnósticos e tratamentos vindas do paciente ou acompanhante, principalmente enquanto estudantes de medicina. Além disso, precisamos aprender mais sobre como lidar com casos difíceis, focando em nosso sentimento de impotência e em como acolher e orientar.

Segundo Penteado, Silva e Gonçalves (2022), cabe ao médico entender que a criação da realidade pelo paciente pode revelar o seu desejo, processo chamado de "transferência". Assim, o paciente projeta na figura do médico a expectativa criada, que molda as suas atitudes dentro do consultório. Ainda, de acordo com Lacan (1964), a transferência acontece quando o médico é, para o paciente, o "sujeito suposto saber", ou seja, quando o paciente passa a supor que o analista saiba como cuidar dele, depositando a expectativa do saber no outro. Foi o que nós observamos que aconteceu aquele dia, no qual a mãe estava ansiosa por uma consulta conosco, porque via em nós a possibilidade do alívio e de encontrar a solução para a saúde de seu filho.

Por sua vez, para Freud (1912), em sua obra "As perspectivas futuras da terapêutica psicanalista", a contratransferência acontece em resposta à transferência, sendo reações emocionais inconscientes do médico frente às investidas afetivas do paciente (Penteado, Silva, Gonçalves, 2022). Desse modo, percebemos a contratransferência na situação narrada, na medida que, vendo aquela mãe confiante de que nós saberíamos diagnosticar seu filho, sentimos obrigação de fazê-lo. Todo esse sentimento gerou uma angústia, que por um tempo nos paralisou durante o atendimento.

Em diálogo com Freud, Zambelli (2013) defende que, para que o profissional possa tratar o paciente, é necessário que tome consciência dos processos transferenciais.

Acreditamos, portanto, que deveríamos, ao identificar esses processos no atendimento com a mãe, mudar nossa abordagem para deixar a paciente tranquila, para deixar o atendimento humanizado e para não nos perdemos em nossas angústias.

Em conjunto com Moreira (1979), Penteado, Silva e Gonçalves (2022) admitem que o sucesso dos tratamentos passa pela capacidade do médico de se relacionar adequadamente com seus pacientes, lidando com suas angústias de maneira segura. Assim, podemos dizer que, após identificarmos uma situação transferencial, o próximo passo seria abrir espaço para os pacientes manifestem seus sentimentos e criar limites para que nosso desempenho não seja afetado.

Pacientes difíceis são assim rotulados quando o cuidado é centrado no médico, que não escuta o paciente, tendo com ele uma relação focada no aspecto biomédico, valorizando mais a doença e menos a pessoa (Cruvinel, Grosseman, 2023). Logo, concluímos que o atendimento narrado foi um atendimento difícil, já que nossa conduta frente às emoções da paciente foi de distanciamento. Então, deveríamos ter reconhecido e acolhido as emoções da paciente, para que elas participem do processo e não o prejudique.

REFERÊNCIAS

[1] CRUVINEL, P. V. Q.; GROSSEMAN, S. Afinal, quem é “difícil”? Revisão integrativa sobre pacientes, médicos e relações difíceis. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 28, n. 6, p. 1685– 1701, 2023.

[2] FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912) In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira.** Rio de Janeiro: Imago, 1987. V. XII.

[3] MOREIRA, Alonso Augusto. **Teoria e prática na relação médico-paciente**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1979.

[4] PENTEADO, L. S; SILVA, M. L; GONÇALVES, D. S. Relação Médico-Paciente: Uma Visão Psicanalítica. **Educação, saúde e meio ambiente: Caminhos da formação cidadã e a realidade**, p. 58-69, 2022.

[5] ZAMBELLI, Cássio Koshevnikoff; TAFURI, Maria Izabel; VIANA, Terezinha de Camargo e LAZZARINI, Eliana Rigotto. Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. **Psicologia Clínica.** [online]. vol.25, n.1, pp. 179-195, 2013.

CAPÍTULO

06 Desafios comunicacionais na prática médica: vivências de um encontro multicultural em Pediatria

João Vitor Ferreira Domingos, Luiz Felipe Souza e Silva, Leonardo Henrique Cabeza

No quarto período do curso de Medicina, nossa formação acadêmica passou a assumir um papel mais prático e desafiador com o início das atividades nos ambulatórios. Essas experiências trouxeram a oportunidade de aplicar conhecimentos adquiridos em sala de aula, ao mesmo tempo que nos colocavam frente a situações inesperadas, que demandavam não apenas habilidades técnicas, mas também sensibilidade interpessoal e uma compreensão profunda dos contextos culturais envolvidos no cuidado à saúde.

Em uma consulta realizada no Ambulatório de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), vivenciamos uma situação considerada marcante para nós em nossa formação. O atendimento aconteceu no dia 4 de dezembro de 2024 e contou com a presença de Luiz Felipe Souza, João Vitor Ferreira Domingos e Leonardo Henrique Cabeza. Nosso objetivo era conduzir uma consulta de rotina de puericultura, avaliando o desenvolvimento infantil e promovendo orientações preventivas de saúde.

A paciente era uma lactente trazida por sua mãe, uma mulher haitiana que não falava português fluentemente, falando apenas o básico que aprendeu nesses últimos 8 meses que chegou ao país. A queixa principal apresentada era a dificuldade em alimentar a criança, que segundo a mãe, vinha apresentando um ganho de peso insuficiente. Desde o início, ficou evidente que o encontro seria desafiador, principalmente devido à barreira linguística. A comunicação com a mãe era limitada e a dificuldade de compreensão de ambas as partes comprometeu parte do fluxo da consulta.

Diante dessa situação, buscamos alternativas criativas para superar os obstáculos. Utilizamos imagens, como a escala de fezes de Bristol, para investigar a consistência das fezes da criança, e recorremos a gestos e encenações para explicar conceitos básicos relacionados à alimentação e aos cuidados necessários. Em algumas ocasiões, tentamos utilizar tradutores digitais, mas percebemos que as limitações do recurso dificultavam a comunicação, especialmente na tradução de palavras de cunho médico. Além disso, pesquisamos na internet imagens que pudessem ilustrar de forma clara os alimentos indicados para a reeducação alimentar da criança, bem como as proporções e horários das refeições.

Apesar dos esforços, nem todas as informações essenciais puderam ser esclarecidas. Muitos detalhes sobre a história clínica e os hábitos alimentares da criança permaneceram sem clareza para nós, o que trouxe um sentimento de impotência e nos fez refletir sobre as dificuldades no atendimento a pacientes de diferentes contextos culturais. Essa vivência demonstrou como a comunicação é um elemento crucial na prática médica e como sua ausência compromete o diagnóstico e o cuidado integral ao paciente.

Durante a consulta, percebemos uma insegurança ao lidar com a situação. Em vários momentos a ansiedade e a frustração tomaram conta do ambiente, principalmente pela dificuldade de comunicação uma vez que, nós como alunos, sabíamos as necessidades do paciente, mas não conseguimos passar tal conhecimento. Por outro lado, sentimos um profundo senso de empatia pela mãe, que demonstrava esforços em colaborar e expressava, por meio de gestos e expressões faciais, sua preocupação com a saúde de sua filha.

Essa experiência também evidenciou, de forma clara, os conceitos de transferência e contratransferência. A transferência se manifestou na maneira como a mãe projetou suas expectativas de solução para o problema da filha em nós. Apesar da barreira linguística, era perceptível sua ansiedade e esperança em relação à consulta, o que gerava em nós uma pressão implícita para corresponder a essas expectativas. Por outro lado, a contratransferência emergiu em nossos sentimentos de frustração e insegurança, que precisavam ser gerenciados para que não comprometessem nossa conduta profissional. Reconhecer essas dinâmicas emocionais foi fundamental para conduzir a consulta de maneira ética e centrada no paciente.

Essa atividade no ambulatório destacou a necessidade crucial de aprendizagem: como melhorar a comunicação entre médico e paciente em um país como o Brasil, caracterizado por sua diversidade cultural e por um cenário crescente da imigração? Apesar de ser um desafio comum em contextos globalizados, a falta de preparo ao lidar com essas situações ainda é uma realidade na formação médica (Defante *et al*., 2024) e, por isso, oferecem sugestões para melhorar a comunicação dentro do consultório. Para o médico, sugerem que ele aplique uma linguagem clara e simples, que certifique o entendimento do paciente sobre o plano terapêutico e que deixe claro o objetivo da terapia escolhida. Para o paciente, sugerem que ele seja orientado a levar por escrito o nome dos medicamentos em uso e as alergias que possui, por exemplo. Logo, a exploração criativa do grupo ao explorar recursos tecnológicos e visuais devem ser associadas a essas sugestões para que a troca de informações entre o médico e o paciente seja satisfatória.

Posteriormente, ao refletir sobre o ocorrido, buscamos aprofundar nossos conhecimentos sobre o conceito de transferência e contratransferência, bem como sobre recursos práticos que pudessem ser aplicados em consultas futuras. Diante disso, as dinâmicas emocionais presentes na relação médico-paciente influenciam diretamente a comunicação e a condução do atendimento, e que a conscientização desses fatores é essencial para a prática médica humanizada (Hughes; Kerr, 2000). Logo, uma boa dinâmica de transferência e contratransferência é capaz de contornar encontros difíceis e, por isso, também serve como alternativa para superar barreiras linguísticas.

Esse evento no Ambulatório de Pediatria foi um momento de grande aprendizado e reflexão. Ele evidenciou a complexidade do cuidado médico em um mundo multicultural e globalizado, nos ajudando a compreender que a complexidade de nossa formação vai além da parte acadêmica em si, se expandindo principalmente ao campo da comunicação interpessoal. Essa vivência foi enriquecedora para nós ao nos mostrar a realidade do cotidiano médico, reforçando nosso compromisso de desenvolver habilidades específicas para a comunicação intercultural e fazer diferente em consultas que virão pela frente.

REFERÊNCIAS

[1] DEFANTE, M. L. R. *et al*. Os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 1, 2024.

[2] HUGHES, P.; KERR, I. Transference and countertransference in communication between doctor and patient. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 6, p. 57-64, 2000.

CAPÍTULO

07 O eco da voz interior: a gagueira na relação médico-paciente

Mauro Victor de Azevedo Gomes, Caio Queiroz de Souza Guirelli

No quarto período do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), o contato com os pacientes, que já vinha sendo realizado desde o segundo período, é aprofundado, entre outros contextos, na disciplina de Raciocínio Clínico. Nela, a turma é dividida em grupos de 12 a 15 pessoas, cada um sob a orientação de um preceptor. Os grupos, então, são estimulados a visitar os pacientes no Hospital das Clínicas de Uberlândia (HC-UFU) e a coletar, a partir de uma entrevista e de exames físicos, uma anamnese completa. Essas anamneses são posteriormente discutidas nos pequenos grupos, com o objetivo de desenvolver, nos estudantes, a capacidade de utilizar a história e os dados coletados — além do conhecimento adquirido no ciclo básico do curso — para se chegar aos diagnósticos.

Sob essa lógica, em uma das visitas ao hospital, nosso subgrupo entrevistou o Sr. Divino, de 47 anos, que havia sido encaminhado para o HC-UFU há três semanas para a correção de um problema cardíaco (estenose valvar aórtica bicúspide). O paciente foi bastante simpático e atencioso conosco, e não enfrentamos desafios em estabelecer uma comunicação com ele. Entretanto, o ponto de tensão que nos levou a refletir sobre este caso foi o nervosismo que um dos nossos colegas apresentou ao falar com o Sr. Divino.

Sabemos que, pela carga emocional e pela complexidade que permeia a interação com o outro, o nervosismo faz parte das respostas psicofisiológicas do corpo, ainda mais em um contexto de busca por desempenho e excelência. Porém, a forma como o nervosismo se apresentou para o nosso colega parecia machucá-lo e incomodá-lo muito. Desse modo, escolhemos essa vivência a fim de analisar como as nossas autopercepções, enquanto produtos das nossas histórias e experiências, afetam nossa interação com o mundo — em especial, na comunicação com o paciente.

Agora, por tratar-se de uma situação de autopercepção, transitaremos para a escrita na primeira pessoa do singular a fim de retratá-la a partir da visão de nosso colega.

Meu nervosismo na relação com as pessoas vem muito da minha gagueira. Desde pequeno, eu apresentava essa disfluência. No entanto, em razão da forma como muitas pessoas lidavam com ela — através do bullying — e com o aumento da necessidade de me expor em público para falar, conforme eu crescia, ela foi aumentando. Percebo, também, que tenho mais dificuldade para falar nos dias em que estou sobrecarregado e/ou com o sono desregulado, sendo algo muito relacionado com meu nível de exaustão mental. Naquele dia em específico, já cansado depois de um longo dia de aulas e no fim de uma semana cheia de atividades e noites mal dormidas, quando precisei falar com o paciente, a sensação que tive foi de completa incapacidade. Eu pensava na quantidade de perguntas a fazer e nas orientações a passar, e me sentia incapaz de falar tudo aquilo. Somava-se a isso, ainda, a autopercepção que eu tinha de que meus colegas e o Sr. Divino estavam incomodados com minha fala — quando, na realidade, eles estavam aguardando sem

expressar qualquer forma de julgamento. Como resultado, senti minha cabeça fervendo e sob pressão; minha voz entalada, e as palavras com dificuldade para sair.

Diante de tal situação, identificamos a necessidade de entender como nosso estado mental influencia na comunicação com o paciente, buscando, assim, soluções para que, mesmo em meio às dificuldades comunicativas — como a disfluência —, consigamos estabelecer um ambiente agradável e construtivo no exercício da medicina. Ademais, tendo em vista que a prevalência da gagueira é de 5% na população infantil, podendo acompanhar o indivíduo ao longo de toda a vida (Da Silva *et al*., 2022), identificamos também a necessidade de explorar mais essa temática aplicada à educação médica.

Com isso, buscando na literatura, encontramos dois artigos científicos que procuram responder a esses questionamentos. O primeiro, uma tese de mestrado na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) de 2022, investiga a associação entre a autopercepção da gagueira e os aspectos clínicos e contextuais. O segundo, uma revisão de literatura publicada na revista Brazilian Journal of Health Review em 2022, analisa quais os efeitos do mindfulness na pessoa que gagueja.

Primeiramente, Silva *et al*. (2022)[1] ressalta que a gagueira é um distúrbio da fala de natureza complexa, com múltiplas causas interligadas. A base neurobiológica do transtorno envolve uma rede de circuitos cerebrais, ligadas à linguagem, cognição, audição e ao controle motor, sendo que a percepção que o indivíduo apresenta sobre si mesmo, apoiada em suas relações com o meio em que está inserido e em seus valores, afeta esses circuitos. Sendo assim, os processos subjacentes às disfluências na fala são universais, ou seja, ocorrem em todos os indivíduos. No entanto, o grau de fluência de cada pessoa é individual e pode ser afetado por fatores internos, como emoções e domínio do assunto, e externos, como a situação comunicativa.

Além disso, Da Silva *et al*. (2022)[2] destaca que reações emocionais negativas ao falar, incluindo sentimentos de frustração, vergonha, rejeição e humilhação levam a altos níveis de ansiedade em adultos com gagueira, o que está associado à redução da saúde mental. A autora ressalta, então, a importância da qualidade da consciência para a manutenção e melhoria do bem-estar, trazendo a prática do mindfulness, associada a outras técnicas para melhoria, desse quadro. As Intervenções Baseadas em Mindfulness (MBIs) têm como objetivo ajudar as pessoas, através da atenção plena, a identificar e separar os pensamentos e sentimentos que causam sofrimento, promovendo um maior distanciamento emocional deles e equipando o indivíduo com conhecimento e ferramentas para um autogerenciamento eficaz da condição, visando minimizar seus impactos e promover uma melhor qualidade de vida.

Em suma, a partir dessa análise, percebemos a importância de considerar os aspectos psicológicos e sociais na formação médica, sendo primordial a manutenção da saúde mental dos estudantes. E, sabendo que a gagueira é um fenômeno complexo e que a autopercepção desempenha um papel crucial na experiência do indivíduo, identificamos o potencial da prática da atenção plena, tanto para os estudantes de medicina que apresentam dificuldades de comunicação, como para os profissionais da saúde em geral, ao promover uma maior consciência de si mesmos e dos outros, e uma melhor capacidade de estabelecer relacionamentos interpessoais, o que pode reduzir a ansiedade e aumentar a autoaceitação.

REFERÊNCIAS

[1] SILVA, C. E. E. LEMOS, S. M. A. **Autopercepção da gagueira: análise de aspectos clínicos, contextuais e autopercepção auditiva**. Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Fonoaudiologia, 2022.

[2] DA SILVA, C. A. C.; OLMEDO, P. B. Mindfulness e a gagueira: uma revisão de literatura / Mindfulness and stuttering: a literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 3, p. 9752–9763, 2022.

CAPÍTULO

08

Entre o saber técnico e a escuta sensível: um desafio clínico na graduação em Medicina

Carolina Chioca Lopes Marteleto, Celso Henrique de Jesus Gomes, Eloara Gomes de Paula

No curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, durante o quarto período da graduação, em que se tem início o Ciclo Clínico, a introdução dos alunos aos atendimentos ambulatoriais ocorre no serviço de Puericultura do setor de Pediatria. Nesse contexto, os estudantes protagonizam as consultas conduzindo a anamnese (respondida, via de regra, pela mãe) e o exame físico das crianças, com o auxílio de um preceptor e monitores designados para cada dupla ou trio responsável pelo atendimento.

Este novo cenário é de suma importância para a introdução à capacitação contínua dos estudantes para o exercício clínico, possibilitando vivências singulares a partir de cada consulta realizada, e o desenvolvimento das habilidades práticas de forma concomitante à aquisição de conhecimentos no âmbito teórico. Ainda assim, as novas demandas desse componente curricular e os cenários inéditos que o acompanham geram dificuldades e questionamentos por parte dos aprendizes. É interessante que se destine a atenção para estas situações desafiadoras, de modo que selecionamos uma de nossas experiências para a discussão.

No primeiro atendimento realizado no Ambulatório de Pediatria, sob a supervisão do médico preceptor, nos deparamos com um atendimento difícil. Ao entrar na sala após ser convocada, a mãe da criança que passaria por atendimento expressou um tratamento hostil frente a nossa presença. Antes mesmo de iniciarmos a apresentação, a mãe disse: “Estou esperando há mais de duas horas na recepção!”. De início nos assustamos, porque havíamos chamado a paciente antes mesmo do horário agendado para a consulta.

Ainda demonstrando insatisfação e raiva, a mãe nos explicou que a consulta estava agendada para às 13h, no entanto, o sistema registrou a consulta às 15h. Nesse momento, nos sentimos impotentes, todo o roteiro organizado para a conduta da consulta tinha sido desconstruído por um desencontro de informações. À medida que explicamos a situação, a mãe nos deu espaço de fala e retomamos a entrevista, mas sem a segurança que tínhamos antes do ocorrido. Sob o clima de tensão instaurado na sala, questionamos sobre a atualização do calendário vacinal, amamentação e desenvolvimento neuropsicomotor, mas a mãe resistia às respostas, apenas dizendo “sim” ou “não”. Essa dificuldade de estabelecimento de uma relação médico-paciente comprometeu a prática do cuidado, a partir da potencialização do desafio único da puericultura: a comunicação mediada pelo cuidador. Assim, mesmo utilizando todas as técnicas e habilidades médicas aprimoradas nas aulas da graduação, não conseguimos subverter a deposição dos sentimentos da mãe sobre nós.

Apesar das informações escassas adquiridas durante a anamnese e envoltos pelos sentimentos de frustração e insegurança, decidimos iniciar o exame físico na tentativa de afastar a participação ativa da mãe e de obter as informações objetivas diretamente do corpo do bebê. Sob o silêncio da sala em meio ao corredor agitado do ambulatório, registramos todos os dados obtidos durante o atendimento, ainda decepcionados com a

pobreza das informações adquiridas. Ao final da consulta, iniciamos as orientações de segurança, de amamentação e de higiene necessárias ao cuidado do lactente. A esfera de alívio que percebemos pelo fim da consulta foi interrompida pela indignação da mãe: "Vocês com essa idade querem me ensinar a cuidar da minha filha?". Apesar dos nossos esforços, fomos inundados pelo desamparo. A frase da mãe trouxe à tona o sentimento de inadequação e dúvida, reforçando o desafio de equilibrar o conhecimento técnico adquirido com a sensibilidade necessária para lidar com as experiências e resistências dos cuidadores. Nos sentimos vencidos pela barreira de confiança estabelecida e, como saída, explicamos a situação ao nosso preceptor, que precisou finalizar o atendimento. Apenas nesse momento, sem nós estudantes no consultório, a paciente mudou suas expressões e falas e passou a ser cooperativa.

Com esse atendimento ambulatorial difícil, vivenciamos as limitações das técnicas aprendidas na graduação diante da imprevisibilidade das situações humanas. Isso reforça que, além do domínio técnico e biológico, a prática médica exige maturidade emocional, empatia e capacidade de lidar com conflitos e resistências.

Dessa forma, o contato diário com a dimensão psíquica humana exige que o profissional identifique os aspectos subjetivos envolvidos, traçando estratégias para um atendimento adequado. Nesse contexto, a compreensão dos conceitos de transferência e contratransferência faz-se essencial. Fundamentados pela psicanálise e amplamente empregados na formação médica, transferência é o processo pelo qual o paciente projeta no médico, de forma subconsciente, sentimentos, expectativas e experiências vividas anteriormente, carregadas de uma profunda carga emocional, frequentemente relacionadas a figuras de autoridade ou familiares, já a contratransferência refere-se às respostas emocionais conscientes ou inconscientes do médico aos sentimentos do paciente. Ela é influenciada pela história pessoal do médico e pode impactar o atendimento (Lucchese; Abud; De Marco, 2009).

A descarga de emoções gerada pela transferência e contratransferência pode comprometer o raciocínio clínico, o desempenho do aluno no atendimento e, mais grave, fragilizar o processo de cuidado - o que resulta em consequências práticas ao serviço de saúde.

Saber lidar com essas dificuldades depende da clareza do estudante acerca desse processo, compreendendo os conceitos teóricos que tratam do assunto e sendo capazes de identificar, na prática diária, sua aplicação. Ao ter a consciência de que o processo de transferência e contratransferência é inerente às relações médico-paciente e desencadeado pelo papel exercido pelo aluno na relação, e não por suas características pessoais, garante-se que o aluno não seja completamente envolto por sensações que falseiam sua compreensão da realidade, seja se dando importância excessiva no contexto de suas atividades, seja se frustrando ou se martirizando por possíveis experiências negativas com os pacientes (Lorenzetti *et al.*, 2013, p. 419).

Lidar com essa dinâmica ajuda o aluno a compreender as necessidades do paciente e a atuar como facilitador, especialmente em consultas de puericultura, onde mães frequentemente enfrentam desgastes emocionais e físicos impostos pela maternidade. Essa habilidade interpessoal, ao ser adquirida ainda no período da graduação, é valiosa ao ampliar o poder terapêutico do cuidado em saúde praticado pelos estudantes, ainda em um período em que a capacitação técnica não está completa.

Lorenzetti agrupa os fatores dificultadores de um encontro médico-paciente naqueles relacionados ao profissional médico, ao próprio paciente e ao contexto

situacional. Considerando esse conhecimento é possível elucidar a causa desse encontro em específico como produto de múltiplos fatores, como o desgaste inerente ao trabalho de cuidado integral exercido pela cuidadora, agravado ainda por uma falha no sistema de saúde que por tantas vezes, carente de recursos humanos e burocráticos, deixa de ofertar um atendimento satisfatório aos usuários. Todos esses fatores resultam em uma transferência negativa por parte da usuária em relação à equipe de saúde, processo com o qual, pela inexperiência dos alunos, não se pôde manejar de forma ideal.

Por isso, torna-se essencial abordar esses temas na formação médica, capacitando futuros profissionais a identificar a influência de suas experiências pessoais e a manejar a contratransferência adequadamente.

Considerando toda a carga teórica abordada e as novas vivências desde o acontecimento descrito, atualmente, concluímos que a postura ideal a ser adotada seria de maior acolhimento da mãe e melhor flexibilidade e resiliência para lidar com o transtorno vivenciado, considerando a presença da transferência como um fator externo ao nosso controle, mas ainda assim, importante na definição do rumo da conduta a fim de viabilizar o processo de cuidado pretendido.

A experiência vivenciada destacou a complexidade do atendimento médico, onde o equilíbrio entre habilidades técnicas e interpessoais é fundamental. A situação enfrentada evidenciou a importância da empatia, paciência e flexibilidade para lidar com as tensões e frustrações presentes no encontro médico-paciente. Reconhecer o impacto dos fenômenos de transferência e contratransferência nos permite compreender que as dificuldades não decorrem apenas de limitações individuais, mas de fatores situacionais e sistêmicos. Assim, a reflexão sobre essa vivência se torna essencial na formação de médicos mais completos, preparados para construir vínculos de confiança e oferecer um cuidado humanizado e eficiente, mesmo diante de desafios.

REFERÊNCIAS

[1] LORENZETTI, R. Cannarella; JACQUES, C. H.; DONOVAN, C.; *et al*. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. **American Family Physician**, v. 87, n. 6, p. 419–425, 2013.

[2] LUCCHESE, A. C.; ABUD, C. C.; DE MARCO, M. A. Transferências na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 644–647, out. 2009.

CAPÍTULO

09

Emoções frente ao desconhecido: primeiro atendimento

João Victor de Sousa, Julia Mayumi Santos Mitsunaga, Victor Borges de Sousa

A oportunidade que nós, estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), tivemos de conciliar as práticas médicas com os conteúdos teóricos desde os primeiros períodos na faculdade é fundamental para a nossa formação profissional, uma vez que permite que comecemos a desenvolver habilidades clínicas e nos familiarizemos com a realidade do atendimento desde o início do curso. A partir do quarto período, especialmente, essa experiência se intensifica, com o início dos atendimentos em ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia (GO) e Pediatria. Nessa etapa, começamos a ter o primeiro contato direto com os pacientes, permitindo a integração da teoria aprendida nas salas de aula com a realidade na prática clínica, permitindo o desenvolvimento de habilidades como a comunicação, o raciocínio clínico, a empatia e a condução do atendimento frente a diversidades de pacientes e situações.

Diante disso, escolhemos compartilhar nosso primeiro atendimento no ambulatório de Pediatria, uma vez que o primeiro contato real com pacientes foi um marco fundamental em nossas vidas e formação médica, algo que todos os médicos em algum momento da profissão irão vivenciar. O encontro aconteceu na segunda semana de aula do quarto período em uma dinâmica na qual a turma era dividida em grupos, cada um conduzido por um preceptor. O único fator que nos tranquilizava minimamente era o fato que dentro do grupo dividiam-se duplas ou trios para realizar o atendimento individual de cada recém-nascido, além da presença de monitores presentes que também iriam auxiliar. Por se tratar de uma experiência completamente nova, atender consultas de puerpérios nos deixou ainda mais ansiosos e inseguros com a situação, já que além de lidar com uma vida de apenas alguns dias, ainda teríamos que orientar e tranquilizar suas mães.

De acordo com De Vilhena (2020), esse ganho gradual da autonomia na universidade somado ao comportamento de autoexigência, na tentativa de atender às expectativas do professor, geram angústias, frustrações, insegurança, dúvidas e medo no acadêmico, resultando em sofrimento psíquico. Apesar disso, essa etapa é essencial para o amadurecimento profissional, uma vez que estimula o desenvolvimento de muitas habilidades como a autoconfiança, comunicação efetiva, e a capacidade de superar adversidades.

Diante do novo, a primeira consulta pediátrica, ficou evidente que as nossas atitudes foram moldadas pelos sentimentos aflorados naquele momento: a ansiedade frente ao desconhecido e o medo de errar. Frente a isso, preferimos agir com cautela e com paciência para melhor atender aquele pequeno que estava diante de nós, mesmo que levasse um tempo maior de consulta. A começar pela anamnese que foi realizada seguindo uma base pré-estabelecida para não esquecermos das principais perguntas, além de escutarmos ativamente a mãe como forma de zelo e cuidado naquele momento tão importante para todos. Posteriormente, no exame físico, preferimos realizar todas as

práticas conjuntamente, pois sabíamos que o apoio mútuo seria essencial para diminuir as inseguranças e mitigar os possíveis erros de principiantes.

A consulta no geral, teve êxito, mas acredito que nós deveríamos ter conduzido a consulta com uma linearidade melhor, pois acreditamos que as perguntas ficaram em uma ordem desordenada, o que pode ter prejudicado a escrita da anamnese e o andamento da consulta.

Outrossim, existia a preocupação com a linguagem e a compreensão da mãe quanto ao que seria dito. Devido às nossas aulas prévias do eixo de "Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas", sabíamos que uma boa comunicação era essencial para um atendimento de qualidade e um tratamento efetivo.

> É destacado que uma relação médico-paciente positiva é caracterizada por comunicação efetiva, apoio emocional e envolvimento do paciente nas decisões de tratamento, bem como empatia por parte do médico. Esse cenário aumenta a confiança do paciente no médico e a satisfação geral, além de permitir que ambas as partes compreendam e compartilhem as dúvidas e inquietações do processo (Defante *et al*., 2024).

Posto isso, adotamos como princípio uma atitude empática, durante nossos diálogos com a mãe do nosso paciente, para obtermos uma conexão que facilitasse a condução da consulta. Ademais, aderimos o uso de uma linguagem mais popular, sem termos científicos que pudessem dificultar a compreensão dela.

Vale ressaltar também que frente a qualquer situação que nos gerasse dúvidas, perguntamos para os monitores e a preceptora qual a melhor conduta a ser tomada, a fim de evitar futuros problemas. Nesses momentos, compreendemos que é melhor reconhecer a própria ignorância e pedir ajuda, do que tomar uma atitude errônea.

Diante desse contexto, reconhecemos a necessidade de aprimorar nossos conhecimentos em ginecologia e obstetrícia, pediatria e técnica semiológica. Em um cenário de tamanha responsabilidade no cuidado com os pacientes e seus familiares, qualquer equívoco pode gerar consequências significativas. Aspectos fundamentais como as etapas da gestação e suas classificações de risco, os diferentes tipos de parto e suas possíveis complicações, o desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida, assim como hábitos maternos e infantis permitidos ou contraindicados, tornaram-se preocupações recorrentes. Além disso, a coleta de anamnese linear e completa e a realização de um exame físico minucioso são indispensáveis para garantir um atendimento de qualidade e uma abordagem precisa.

Também se mostrou imprescindível compreender e desenvolver habilidades sociais e comunicativas, especialmente no que diz respeito a conceitos como transferência e contratransferência. De acordo com Lucchese (2009) e Hughes (2000), a transferência ocorre quando os médicos — ou, neste caso, nós, alunos em fase de aprendizado — influenciam inconscientemente os sentimentos do paciente ou de seus acompanhantes, o que pode interferir positiva ou negativamente na qualidade e confiabilidade das informações coletadas. Por outro lado, a contratransferência, na qual nossas próprias emoções ou percepções podem ser influenciadas pelo comportamento do paciente ou de seus familiares, pode impactar diretamente nossa conduta durante a consulta. Esse desafio se agrava quando consideramos nossa inexperiência enquanto estudantes, o que pode dificultar a manutenção de uma anamnese eficiente e de um exame físico assertivo,

mas que pode ser evitado ao reconhecer e entender esses fenômenos, manter um limite profissional claro e buscar supervisão, quando necessário, além de uma autorreflexão contínua a fim de diferenciar sentimentos pessoais dos profissionais. Assim, torna-se fundamental aliar o domínio técnico à sensibilidade interpessoal, a fim de conduzir as consultas com segurança, empatia e profissionalismo.

REFERÊNCIAS

[1] Defante, M. L. R. *et al*. Os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 1, p. e007, 2024.

[2] De Vilhena, N. E. P.; Gonçalves Maués, M.; Streithorst Ornela, N. da S.; Streithorst Ornela, B. da S.; Carreira, L. B. Avaliação das causas da insegurança nos Acadêmicos de Medicina na introdução da Prática Ambulatorial. **Brazilian Journal of Health Review**, *[S. l.]*, v. 3, n. 6, p. 16475–16485, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n6-069. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/20054. Acesso em: 17 dec. 2024.

[3] Hughes P, Kerr I. Transference and countertransference in communication between doctor and patient. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 6, p. 57–64, 2000.

[4] Lucchese, A. C.; Abud, C. C.; De Marco, M. A. Transferências na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, p. 644–647, out. 2009.

CAPÍTULO

10 Encontro difícil na abordagem de paciente com tentativa de autoextermínio

Larissa Ferreira Lima, Karen Silva Alves

Durante o terceiro período do curso de Medicina, na disciplina de Semiologia II, participamos de atividades práticas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). Em uma dessas ocasiões, eu e minha colega escolhemos aleatoriamente entrevistar um paciente internado na Clínica Médica. Essa decisão, no entanto, revelou-se desafiadora quando descobrimos que se tratava de um paciente que havia tentado tirar a própria vida. A experiência foi marcante e expôs nossas limitações emocionais e técnicas, sendo um momento importante para nossa reflexão e crescimento como futuras médicas.

Ao iniciar a entrevista, o paciente estava introspectivo, respondendo de forma breve e evitando contato visual. Ao perguntar sobre o motivo da internação, ele relatou ter tentado suicídio. Fomos tomadas por um profundo desconforto e ficamos sem saber como conduzir a conversa. Mesmo tentando aparentar tranquilidade, nossa insegurança era evidente. Fizemos algumas perguntas superficiais para tentar disfarçar o impacto emocional, mas, sentindo-nos incapazes de continuar, encerramos a conversa agradecendo ao paciente. Abaladas, percebemos que precisaríamos buscar outro paciente para concluir a anamnese exigida pela disciplina, o que se mostrou difícil devido à intensidade emocional da experiência anterior.

Nossa reação inicial de surpresa e insegurança frente à situação evidenciou nosso despreparo emocional e técnico para lidar com temas delicados, como suicídio. Apesar de tentarmos manter a compostura, a interrupção precoce da anamnese revelou nossa dificuldade em gerenciar nossas emoções e conduzir uma abordagem humanizada. Essa experiência nos fez perceber a necessidade de aprimorar nossas habilidades de comunicação e acolhimento, bem como de trabalhar nosso manejo emocional em situações de grande vulnerabilidade do paciente.

Essa vivência ressaltou a necessidade de desenvolver técnicas para abordar pacientes em sofrimento psíquico de maneira empática e segura precocemente no curso, uma vez que somos introduzidas à semiologia no segundo período e já estamos sujeitos a entrevistar um paciente nessa situação a qualquer momento. Além disso, evidenciamos também a necessidade de estabelecer estratégias para gerenciar nossas próprias reações emocionais em contextos desafiadores.

A leitura de artigos científicos ajudou a compreender como melhorar nossas habilidades. Amorim (2015) discute que abordar diretamente o suicídio, com empatia e sem julgamentos, pode ter um efeito protetor. Ele enfatiza que um ambiente seguro e acolhedor é fundamental para facilitar o diálogo e ajudar o paciente a expressar suas angústias. Além disso, o autor apresenta estratégias para identificar fatores de risco e sinais de alerta durante a anamnese.

Vidal, Gontijo e Lima (2020) reforçam que o acolhimento humanizado é essencial para estabelecer vínculos com pacientes em situações de vulnerabilidade. Segundo os autores, um cuidado integral que envolve a equipe multiprofissional e a família pode reduzir barreiras à comunicação e garantir que as necessidades físicas, emocionais e sociais do paciente sejam atendidas. Essa abordagem integrada é particularmente relevante em casos de tentativa de suicídio, onde a articulação entre diferentes níveis de atenção é crucial.

Para gerenciar nossas próprias reações emocionais, práticas baseadas em mindfulness mostraram-se eficazes (Gallego *et al.*, 2014). Essas intervenções podem reduzir estresse e ansiedade, promovendo uma abordagem mais centrada e calma durante interações desafiadoras. Exercícios como atenção plena à respiração, aceitação emocional e escaneamento corporal são sugeridos como estratégias viáveis para profissionais de saúde em formação. Essas práticas permitem que nos distanciemos emocionalmente do impacto imediato, gerando mais clareza na tomada de decisões.

Essas reflexões mostraram que, apesar das nossas dificuldades iniciais, há estratégias concretas que podem ser aplicadas para melhorar o acolhimento e o manejo em situações futuras.

Os conceitos abordados nas referências nos ajudaram a reconhecer que o acolhimento inicial deve priorizar a escuta ativa e a validação emocional. As estratégias sugeridas por Amorim (2015) e Vidal, Gontijo e Lima (2020) poderiam ter facilitado nossa interação com o paciente, ajudando-nos a superar a insegurança e a conduzir uma conversa mais produtiva. Além disso, as práticas de mindfulness descritas por Gallego *et al.* (2014) fornecem ferramentas concretas para gerenciar reações emocionais, permitindo um desempenho mais eficaz em situações adversas.

Por fim, essa experiência revelou lacunas importantes em nossas habilidades emocionais e técnicas, mas também representou uma oportunidade valiosa de aprendizado. No futuro, pretendemos buscar mais conhecimento sobre saúde mental e desenvolver estratégias para manejar emoções intensas durante atendimentos. Essa vivência reforçou nossa compreensão da importância de um cuidado humanizado e da preparação para lidar com situações adversas, essenciais na prática médica.

REFERÊNCIAS

[1] AMORIM, C. A. de. Suicida: avaliação e manejo. **Psicologia Argumento**, v. 33, n. 80, p. 310-320, jan.-mar. 2015.

[2] GALLEGO, J.; OMAR, S.; KUHLMANN, C. Os efeitos das intervenções baseadas em mindfulness na saúde mental de estudantes universitários: uma revisão sistemática. **Psicologia Argumento**, v. 35, p. 120-129, 2014.

[3] VIDAL, C. E.; GONTIJO, E. C.; LIMA, L. A. C. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, v. 3, n. 1, p. 12-19, 2020.

CAPÍTULO

11

Desafios entre o aprendizado e o choro: vivências no primeiro contato pediátrico - um relato de experiência

Ana Carolina Malacco Oliveira, Camila Kaminise Otaki

Durante o quarto período do curso de Medicina, temos um contato mais próximo com os pacientes a partir da realização de anamneses e de consultas nos ambulatórios ao iniciarmos o ciclo clínico do curso. Nessa fase, começamos a atender no Ambulatório de Pediatria, o que nos permite ter uma consolidação do conteúdo teórico na vivência prática, isso porque, durante todo o semestre, nós estudamos sobre o assunto em diferentes eixos da faculdade, entendendo o normal e o patológico da fase do puerpério, e utilizamos esse conhecimento nos atendimentos semanais com crianças de 0 a 2 anos de idade.

Pouco tempo atrás, no Ambulatório de Pediatria, com a médica preceptora responsável, atendemos um lactente de 1 ano e 4 meses que veio para uma consulta de rotina para avaliar o seu desenvolvimento, e, na hora do exame físico, a criança começou a chorar muito o que dificultou a realização do exame. Esse momento foi escolhido para ser narrado por acreditarmos ser uma situação frequente na prática médica e que necessita de uma habilidade prática dos profissionais de saúde para manejar a situação, uma vez que é imprescindível colher os dados do paciente ao mesmo tempo que deve-se criar um ambiente seguro e confortável a ele.

No momento do exame físico o paciente começou a chorar assim que encostamos nele para aferir o comprimento, o perímetro cefálico e o peso. Nós ficamos receosas de a mãe ficar chateada com o atendimento ou pensar que estávamos machucando seu filho. Além de ficarmos preocupadas com a coleta correta dos dados, que é de extrema importância para a avaliação do desenvolvimento adequado da criança, mas que estava muito prejudicada devido a difícil colaboração do paciente.

Para melhorar a situação, tentamos brincar com o lactente com um acessório decorativo do estetoscópio com formato de dinossauro, entretanto o paciente não se interessou e continuou chorando e evitando que encostássemos nele. Acreditamos que poderíamos ter utilizado de outros brinquedos ou perguntado para a mãe o que acalma ele nessas horas a fim de deixá-lo mais confortável à nossa presença e ao exame, mas na hora estávamos muito tensas para avaliar a situação de uma melhor forma. Também demoramos a pedir ajuda ao monitor do ambulatório, o qual tem mais experiência com esses atendimentos e, posteriormente, nos ajudou a terminar a consulta de forma mais branda.

Durante a maior parte da consulta, o sentimento que permanecia era o medo, manifestado em diversas formas, em relação a uma situação nunca antes vivenciada e a impotência no sentido de “não saber o que fazer”. A autocobrança também ficou presente, uma vez que criamos uma expectativa, desde o começo das consultas, em prestar um atendimento satisfatório, além de “passar o caso” para a preceptora da melhor forma possível e uma situação como essa nos colocou em um cenário de imprevistos, o que foi

em total desencontro com o desejo do controle da situação. Esse cenário nos fez pensar sobre o processo de contínuo aprendizado da graduação de Medicina, em que, muitas vezes, o conhecimento e a experiência estão atrelados à prática constante.

Depois de vivenciarmos essa experiência única, percebemos que algumas questões precisam ser melhor trabalhadas no contexto acadêmico, como estratégias de enfrentamento e de adaptação a diferentes contextos, os quais podem ser estressantes e desgastantes.

Essa temática foi abordada em um estudo realizado na Universidade Federal de Sergipe com alunos do décimo período do curso de medicina, em que foram analisados fatores potenciais estressantes durante a vivência acadêmica, em especial a relação aluno-paciente. A partir de dados colhidos de formulários, dos 60% dos estudantes que relataram estarem preparados para o contato direto do paciente, cerca de 70% sofreram nesse processo, enfrentando situações de constrangimento e embaraços (Trindade; Vieira, 2013), cenário extremamente semelhante ao que vivenciamos com o nosso paciente. Analisando esse estudo, notamos a importância de adaptar estratégias para tornar a relação aluno-paciente mais harmônica.

Em um outro estudo realizado na Universidade Federal da Paraíba, foi questionado a 35 estudantes quais seriam as principais dificuldades no exame físico do paciente e os resultados apontaram para a insegurança e para a inexperiência (Costa *et al*., 2020). Apesar dessa pesquisa não ter sido restrita à população pediátrica, percebemos que os sentimentos se assemelham em situações parecidas: o contato com o paciente.

A nossa conduta no dia do ambulatório não foi a mais adequada, pois necessitamos do auxílio de um monitor e da preceptora para dar seguimento a consulta e conferir se os dados colhidos estavam corretos. Por isso, sentimos a necessidade de aprender como lidar com consultas desafiadoras como essas. Segundo Suely Ferreira (2006, p. 367-383), o processo de aprendizagem envolve práticas guiadas, como simulações clínicas e oficinas de humanização, nas quais o estudante vivencia cenários pediátricos e recebe feedback estruturado. Nessas atividades, o discente pode aprender técnicas de ludoterapia, estratégias de distração e como criar vínculos positivos com crianças de diferentes idades e personalidades. Dessa maneira, nós poderemos adaptar e colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante a graduação, transitando da relação aluno-paciente para médico-paciente de uma forma harmônica e menos traumática.

REFERÊNCIAS

[1] COSTA, G. P. O. *et al*. Dificuldades Iniciais no Aprendizado do Exame Físico na Percepção do Estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190124.

[2] DESLANDES, Suely Ferreira. O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). ***Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas***. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 367-383.

[3] TRINDADE, L. M. D. F.; VIEIRA, M. J. O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 167–177, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/7BLJBRQrMm6SMgyzDgkHbVm/.

CAPÍTULO

12 Epifanias do primeiro atendimento ambulatorial: quando a prática revela o que a teoria não alcança

Raiane Aparecida Valentim Silva, Milena de Lima Martins

Agora, cursando o 4º período de Medicina, iniciaram-se as vivências ambulatoriais em Pediatria, o que nos proporciona ricas experiências de contato com pacientes, mas também nos coloca em momentos desafiadores da nossa formação, provavelmente os mais desafiadores da trajetória acadêmica até aqui.

Mesmo que pareça clichê, é difícil encontrar um momento mais marcante do que a nossa primeira experiência no Ambulatório de Pediatria. Nesse dia, apesar de ser uma hora propícia para ansiedades, o começo da tarde parecia tranquilo - afinal, o preceptor faria o atendimento e só precisaríamos responder questionamentos teóricos. Entretanto, minutos antes da consulta iniciar, o preceptor avisa que seríamos solicitadas a realizar um procedimento ou exame físico, e que o ideal era demonstrar domínio da situação para não assustar os pais do bebê. A partir disso, a ansiedade aumentou a cada minuto. A consulta fluía bem, até que fomos chamadas para realizar a lavagem nasal de um recém-nascido - enquanto uma segurava o bebê, a outra ministrava a seringa com soro fisiológico, ao mesmo tempo em que ambas tentavam acalmar e orientar a mãe. Mesmo com nervosismo e medo de cometer algum erro, conseguimos fazer a lavagem nasal de forma satisfatória. Contudo, a insegurança tornou essa ação mais complexa do que deveria ser e dificultou a comunicação com a mãe do bebê.

A escolha desse episódio perpassa pela questão de que, dentro da Medicina, a consulta de puericultura é apenas uma ação rotineira, porém, naquele dia, pareceu extremamente desafiadora. Foi nessa primeira consulta em que percebemos que apesar da teoria ser fundamental, dificilmente estaremos preparadas para a prática com segurança. Essa percepção nos mostrou que o domínio teórico não excluirá o nervosismo e a ansiedade de ser testado em prática. Assim, o que tornou o primeiro atendimento tão marcante foi a epifania de perceber que apenas o desconforto da atuação prática nos fará melhorar como acadêmicas e futuras médicas.

Quando refletimos sobre nossa atuação, nos frustramos, pois mesmo realizando o procedimento de maneira correta, o nosso desempenho na comunicação poderia ter sido melhor. Percebemos que não bastava dominar o conhecimento técnico, era crucial saber como compartilhá-lo de forma clara, empática e segura. Apesar dessas ressalvas, houve aspectos positivos, como orientar a mãe quanto a importância da lavagem nasal e ensiná-la como o fazer.

Essa experiência despertou a necessidade de aprender mais sobre habilidades de comunicação clínica e metodologias de ensino em saúde. Ensinar algo aparentemente simples exige uma postura confiante e uma linguagem adaptada ao paciente. Além disso, tornou-se evidente a importância de desenvolver estratégias para gerenciar a ansiedade. Enquanto estudantes, somos frequentemente colocados em cenários onde aprendemos e ensinamos ao mesmo tempo, o que pode gerar insegurança e expor nossas limitações. No entanto, essas situações também são oportunidades valiosas para crescimento.

A literatura científica apoia essa reflexão e reforça a importância das habilidades de comunicação como elemento essencial da prática médica. O estudo de Kurtz *et al*. (2005), argumenta que a comunicação melhora o relacionamento com os pacientes, e ajuda médicos e estudantes a enfrentarem a complexidade emocional do cuidado em saúde. A aplicação dos conceitos desse artigo, como o uso de linguagem simplificada, reforço positivo e validação emocional, poderia ter ajudado a reduzir sua ansiedade da mãe e, por consequência, a nossa, criando um ambiente mais favorável para o aprendizado. Todavia, o artigo limita sua abordagem ao fornecer apenas diretrizes gerais, sem aprofundar em como desenvolver essas habilidades de comunicação. A experiência prática carrega nuances emocionais e contextuais que não são plenamente contempladas em orientações genéricas.

Outro estudo relevante nesse contexto é o de Schlegel *et al*. (2012), que complementa a discussão trazendo soluções práticas ao defender o uso de simulações baseadas em cenários como ferramenta para aprimorar a confiança e a competência comunicativa dos estudantes. Os autores sugerem que simulações com feedback estruturado não apenas aumentam o domínio técnico, mas também os ajudam a gerenciar questões emocionais e sociais durante o atendimento. Ademais, os treinamentos simulados com "pacientes" fictícios ou mesmo atores desempenhando papeis de familiares ansiosos permitiria praticar a comunicação de forma controlada, identificando pontos de melhoria antes de enfrentar situações reais. Por exemplo, em uma simulação, nós poderíamos ensaiar estratégias de manejo emocional, como ouvir atentamente as preocupações da mãe antes de iniciar a explicação técnica. Isso se alinha diretamente com a vivência, pois em uma simulação prática ou ambiente supervisionado, é possível experimentar erros e dificuldades sem o peso da interação direta com pacientes ou familiares, permitindo maior aprendizado e desenvolvimento de autoconfiança.

Ao comparar os dois artigos, percebe-se um ponto comum importante: ambos destacam que a comunicação médica é mais do que transmitir informações; ela envolve empatia, clareza e a habilidade de se conectar com o interlocutor. Essa perspectiva dialoga com a nossa experiência, em que o desafio não era apenas explicar o procedimento técnico da lavagem nasal, mas também criar um ambiente de confiança, garantindo que a mãe se sentisse capaz e acolhida.

Essa vivência mostrou que ao lidar com as dificuldades também encontramos uma oportunidade de aprimorar habilidades interpessoais e técnicas. Nota-se que, para ser um médico eficaz, é fundamental unir conhecimento técnico, empatia e clareza na comunicação. Reconhecer nossas limitações e trabalhar nelas nos torna mais preparados para enfrentar desafios da prática médica e, acima de tudo, mais capazes de oferecer cuidado integral e humanizado aos pacientes e seus familiares.

Esses conceitos poderiam transformar nossa conduta ao integrar estratégias práticas de comunicação e manejo de ansiedade no ensino. Ao aplicar tais estratégias, não só seria possível atender às necessidades imediatas de aprendizagem identificadas, como também ampliar a segurança ao ensinar procedimentos no futuro. Dessa forma, o aprendizado vai além do contexto técnico e se expande para incluir o cuidado humanizado, essencial para a prática médica.

REFERÊNCIAS

[1] KURTZ, S. M.; SILVERMAN, J. D.; DRAPER, J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. **Medical Education**, v. 39, n. 7, p. 583-589, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02138.x. Acesso em: 15 dez. 2024.

[2] SCHLEGEL, C.; ANTONY, K.; LEWITZKY, M.; KIRSCHNER, S.; STRAUSS, B.; MEYER, O. Competence-based training for students: Towards a differentiated assessment of communication skills. ***GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung***, v. 29, n. 2, p. 1-12, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.3205/zma000788. Acesso em: 15 dez. 2024.

CAPÍTULO

13 Entre o choro e a fome: a empatia como ferramenta clínica

Matheus Pagnano de Souza, Bianca Tafuri D'anuncio

A centésima primeira turma de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia iniciou sua jornada em agosto de 2023. Desde então, nossa formação tem sido um processo progressivo de inserção prática, em que cada período traz novos aprendizados e experiências. Neste ano de 2024, durante o segundo, terceiro e quarto períodos, fomos introduzidos às bases da semiologia médica, aprendendo não apenas a conduzir a anamnese de forma precisa, mas também a realizar exames físicos essenciais, como inspeção, palpação e ausculta pulmonar e cardíaca. Essas habilidades foram fundamentais para a nossa primeira vivência prática em um ambulatório no módulo de Saúde Individual.

No quarto período, fomos designados para os ambulatórios de Pediatria, onde realizamos nossos primeiros atendimentos reais. Essa experiência trouxe desafios inéditos, tanto técnicos quanto emocionais, pois enfrentamos a responsabilidade de conduzir consultas médicas sob supervisão. Ao mesmo tempo, nos deparamos com as expectativas dos pacientes e seus familiares, que esperavam soluções imediatas para suas queixas, mesmo sabendo que somos médicos em formação.

Foi nesse contexto que escolhemos explorar o tema da relação médico-paciente e os desafios da empatia na prática clínica. Essa escolha se justifica pela necessidade de compreendermos melhor os mecanismos de transferência e contratransferência que ocorrem durante os atendimentos, conforme descrito em trabalhos científicos. A interação entre médico e paciente é influenciada por emoções, expectativas e inseguranças, que podem tanto facilitar quanto dificultar a qualidade do atendimento (Hughes & Kerr, 2000)[2].

Essa realidade se tornou evidente em uma consulta marcante que tivemos: atendemos um bebê de um ano de idade, cujos pais relataram que ele chorava excessivamente, especialmente à noite. Apesar de várias consultas anteriores, nenhum diagnóstico conclusivo havia sido feito. Durante a anamnese, os pais demonstraram grande preocupação, mas também um certo constrangimento, o que inicialmente dificultou a coleta de informações detalhadas.

Após realizar um exame físico minucioso, constatamos que o bebê era aparentemente saudável, sem sinais de infecção ou outros problemas clínicos evidentes. Solicitamos exames laboratoriais básicos, que confirmaram que todos os parâmetros estavam dentro da normalidade. Ainda assim, o choro persistente permanecia sem explicação.

Foi apenas quando, em um momento de empatia e observação cuidadosa, perguntamos sobre a rotina alimentar da criança que os pais hesitaram antes de revelar, de forma emocionada, que estavam enfrentando dificuldades financeiras severas. Com pouca renda, havia dias em que mal conseguiam alimentar o bebê de forma adequada.

Percebemos, então, que o choro poderia estar relacionado à fome, algo que nunca havia sido explicitamente discutido nas consultas anteriores.

Essa revelação nos deixou profundamente tristes, pois enfrentamos uma realidade que transcende o alcance das soluções médicas imediatas. A sensação de impotência foi grande, porque, apesar do esforço para fornecer suporte técnico, percebemos que o problema central era social e estrutural, fora do nosso controle direto.

Com o apoio do preceptor, orientamos os pais sobre programas de assistência social disponíveis e buscamos intermediar o contato com o serviço de nutrição da unidade, para que pudessem receber orientações práticas sobre como maximizar os recursos disponíveis. Apesar de termos tomado essas medidas, o sentimento de tristeza permaneceu conosco, pois essa experiência nos mostrou que o sofrimento humano, muitas vezes, está profundamente enraizado em desigualdades sociais.

Diante desse cenário, surge a necessidade de aprofundarmos nosso conhecimento sobre os aspectos emocionais e éticos da relação médico-paciente. Estudos enfatizam que princípios como beneficência e justiça devem orientar a prática médica, especialmente em contextos de vulnerabilidade social (Beauchamp & Childress, 2013)[1]. Como futuros profissionais, precisamos desenvolver estratégias para lidar com situações emocionalmente desafiadoras sem comprometer a qualidade do atendimento.

Essa experiência reforçou o quanto a empatia é essencial para nossa formação e para o exercício de uma medicina verdadeiramente humanizada. O desenvolvimento de competências relacionais e emocionais é tão crucial quanto o conhecimento técnico, pois permite que atuemos com maior sensibilidade diante das complexas realidades dos pacientes.

Por fim, concluímos que a prática nos ambulatórios pediátricos foi um marco em nossa formação, nos desafiando a lidar com as incertezas da profissão. Cada consulta é uma oportunidade de aprender e crescer, tanto técnica quanto emocionalmente. Reconhecer e gerenciar emoções, como as geradas pelas transferências entre médico e paciente[2], são passos fundamentais para desenvolver uma prática clínica mais centrada no paciente, alinhada com os valores éticos que fundamentam a medicina[1].

REFERÊNCIAS

[1] BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. New York Etc.: Oxford U.P, 2013.

[2] HUGHES, P.; KERR, I. Transference and countertransference in communication between doctor and patient. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 6, n. 1, p. 57–64, jan. 2000.

CAPÍTULO

14

Atendimento pediátrico no quarto período de Medicina: uma reflexão sobre a síndrome do jaleco branco

Thaís Cristina Vieira Alves, Sophia Mendonça Marangon

Durante o quarto período do curso de Medicina, os atendimentos nos ambulatórios de Pediatria proporcionam experiências marcantes que desafiam nossas habilidades técnicas e emocionais. Essas vivências demandam sensibilidade e criatividade para lidar com pacientes pediátricos e suas famílias. Uma dessas experiências ocorreu durante o atendimento de dois gêmeos de aproximadamente um ano e meio, em que um dos irmãos apresentou sinais claros de síndrome do jaleco branco. Este caso evidenciou a necessidade de estratégias para controle da consulta e do manejo de pacientes em ambiente clínico.

Na ocasião, os gêmeos foram trazidos ao ambulatório para uma consulta de rotina, acompanhados pela mãe e avó. A mãe mencionou que um dos irmãos ficava muito ansioso em ambientes médicos, enquanto outro se comportava de maneira mais tranquila. Durante a consulta, o primeiro demonstrou grande desconforto, chorava intensamente e recusava-se a sair do colo da mãe, enquanto o segundo permaneceu calmo, interagindo com os brinquedos e as pessoas presentes na sala de atendimento. Apesar da ansiedade inicial por ser uma experiência nova, percebemos rapidamente que a situação seria ainda mais desafiadora devido à reação de um dos gêmeos, que apresentava claros sinais de síndrome do jaleco branco: agitação, choro intenso e recusa em colaborar. Ao tentar examiná-lo, o choro se intensificou, acompanhado de sinais físicos de ansiedade, como taquicardia.

Diante do cenário, a escolha deste caso se deve à complexidade emocional envolvida e à oportunidade de refletir sobre estratégias para tornar o atendimento pediátrico menos intimidador. Assim, diante da resistência da criança e com o intuito de minimizar o estresse do paciente, optamos por adiar algumas etapas do exame físico. Limitamo-nos a observações gerais, sem realizar a ausculta adequada ou a avaliação correta da frequência respiratória, etapas fundamentais no acompanhamento pediátrico.

Posteriormente à consulta, refletimos sobre como nossa postura comprometeu o atendimento. Ao optar por encurtar a consulta para minimizar o desconforto da criança e o nosso próprio, negligenciamos a oportunidade de estabelecer um vínculo com o paciente e os pais, além de não garantir a qualidade necessária na avaliação clínica. Segundo o Código de Ética Médica, artigo 1º do capítulo III, é vedado ao médico "causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência"[2]. Embora não tenha havido intenção de prejudicar, a condução inadequada do atendimento comprometeu a assistência. Assim, esse episódio nos fez perceber a importância de estarmos preparados emocional e tecnicamente para lidar com situações adversas, especialmente com pacientes pediátricos.

De acordo com um artigo publicado na Revista Brasileira de Medicina, crianças com síndrome do jaleco branco devem ser atendidas de forma lúdica e empática. O uso de técnicas como brincar, conversar em uma linguagem simples, mostrar os instrumentos

médicos antes de usá-los e permitir que a criança observe ou participe do exame em seu irmão gêmeo são recursos que podem ajudar a reduzir a ansiedade. Além disso, os pais devem ser incluídos ativamente no processo, pois sua presença pode tranquilizar a criança e facilitar a comunicação (Moura, 2021)[3].

Nessas ocasiões, o Protocolo de Manejo Pediátrico em Situações de Estresse destaca a importância da primeira impressão do médico para reduzir a ansiedade infantil. Ele sugere evitar o uso inicial do jaleco branco, preferindo roupas coloridas ou descontraídas, que tornam o ambiente menos ameaçador. O médico deve adotar uma postura acolhedora, sentando-se na altura da criança, falando com calma e utilizando brinquedos ou instrumentos de forma lúdica para facilitar a interação (Brasil, 2020)[1].

Essa vivência nos mostrou que, embora desafiadora, a prática clínica é essencial para que desenvolvamos habilidades técnicas e comportamentais. Reconhecemos que, no futuro, seremos as médicas responsáveis por acolher e atender crianças com sensibilidade, algo que só será possível com preparação contínua e a aplicação ética de nossos conhecimentos.

Ficou reconhecido, então, que a postura adotada foi excessivamente técnica, desconsiderando o aspecto emocional do atendimento. A situação revelou a importância de adaptação às reações do paciente, priorizando a construção de um vínculo de confiança antes de proceder ao exame físico. Nesse sentido, a situação gerou sentimento de frustração e inadequação, uma vez que percebemos que a abordagem não atendeu às necessidades emocionais da criança e de sua família. No entanto, ao refletir, percebi que essa experiência foi valiosa para meu aprendizado. Ela reforçou a necessidade de desenvolver habilidades interpessoais e estratégias que tornem o atendimento pediátrico mais humanizado e eficiente.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. **Protocolo de manejo pediátrico: estratégias para consultas em situações de estresse**. Ministério da Saúde: Brasília, 2020.

[2] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica**. Brasília, 2018.

[3] MOURA, P.S. Abordagem de crianças ansiosas em consultas pediátricas. **Revista Brasileira de Medicina**, 2021.

CAPÍTULO

15 Desafios no ambulatório de Pediatria: uma abordagem humanista

Iago Fernandes Vaz Freires, Gabriel de Souza, Renato Nogueira Cunha

Por promover o desenvolvimento da capacidade reflexiva e crítica, o portfólio é uma ferramenta relevante dentro da metodologia ativa, que é inovadora e de grande importância para uma formação médica mais humanista. Com uma estratégia voltada para a identificação de pontos de melhoria na conduta dos estudantes e que propõe maneiras de aprimorá-las, favorece-se a contínua reconstrução de posturas. Este trabalho tem como objetivo refletir sobre as práticas de três estudantes de Medicina durante o estágio no Ambulatório de Pediatria no quarto período do curso, na disciplina de Saúde Individual IV. A reflexão analisa as condutas adotadas e sugere melhorias para futuros atendimentos, com o intuito de aprimorar a formação do estudante de Medicina.

Durante esse período, tivemos nosso primeiro contato com o atendimento de pacientes, iniciando com o ambulatório de Pediatria. Atendemos crianças de zero a dois anos, uma faixa etária que compõe o atendimento de puericultura e que geralmente está acompanhada pelos pais ou avós, que frequentemente trazem dúvidas sobre os cuidados com a criança. Essa experiência nos ambulatórios é fundamental para nossa formação médica, pois permite relacionar teoria e prática, além de desenvolver habilidades de relacionamento com o paciente. Segundo estudo realizado por Silva & Silva (2022), na Universidade Federal do Ceará, 100% dos estudantes reconhecem a prática como uma atividade fundamental para a atuação médica, consolidando os conhecimentos e incentivando a motivação.

Neste relato, decidimos refletir sobre o atendimento realizado em 6 de dezembro de 2024, visto que foi um momento que nos deixou temerosos e que reconhecemos que era de grande importância para nossa formação, que foi quando enfrentamos uma situação desafiadora: o pai de uma criança que demonstrou resistência à vacinação contra a COVID-19. Naquele momento, percebemos a necessidade de pesquisar como lidar com essa situação e refletimos sobre as habilidades necessárias para orientar o pai de forma eficaz.

Antes de relatar o ocorrido, é pertinente dizer que éramos distribuídos aleatoriamente nos ambulatórios e ficávamos responsáveis por três consultórios. Como havia muitos alunos, os atendimentos eram realizados em duplas ou trios, o que garantia maior segurança e reduzia o risco de omitir algum aspecto importante. Durante as consultas, realizávamos uma anamnese completa, com base nas informações fornecidas pelos pais, seguida de um exame físico das crianças validado pelo preceptor ou pelos monitores e questionávamos os cuidadores sobre possíveis dúvidas.

No dia citado, começamos o atendimento da criança mencionada. De forma educada, cumprimentamos os pais e iniciamos a consulta. Como é comum nas anamneses, seguimos uma ordem lógica para garantir que o raciocínio fosse bem estruturado. No nosso trio, um aluno era responsável pela entrevista, outro pela conferência dos dados no cartão da criança, e o terceiro realizava o exame físico. Inicialmente, solicitamos os dados

dos pais e da criança, como nome, idade, escolaridade, etnia, entre outros. Em seguida, perguntamos qual era a queixa principal, ou seja, o motivo da consulta, que, no caso, era uma consulta de puericultura de rotina. Coletamos também a história da moléstia, caso existisse, e, em seguida, fizemos um questionário de revisão dos sistemas, para identificar possíveis alterações em cada parte do corpo da criança. Perguntamos ainda sobre antecedentes patológicos familiares e a história patológica pregressa.

Durante essa consulta, o membro responsável pela conferência do cartão de vacinação notou que faltava apenas uma vacina, a da COVID-19, que deveria ter sido administrada aos 8 meses. O acadêmico, então, questionou educadamente o pai sobre a falta da vacina. O pai, em resposta, trouxe informações incorretas que circulam pela internet, alegando que a vacina poderia causar problemas futuros, como cardiopatias, câncer e até morte súbita. Segundo ele, sua vizinha teria mudado após se vacinar.

No início, sentimos certa apreensão sobre como abordar essa questão, pois essa foi nossa primeira experiência confrontando nossos conhecimentos teóricos e habilidades de comunicação com um pai que acreditava em informações falsas. Mesmo com a teoria aprendida em sala de aula, nos vimos sem o controle da situação, o que exigia de nós não apenas conhecimento técnico, mas também habilidades interpessoais. De acordo com Lilian Meire de Oliveira (2015), a comunicação no contexto pediátrico é desafiadora, pois envolve o paciente, seus acompanhantes (geralmente os pais) e o médico. Como acadêmicos, devemos nos empenhar para demonstrar que nosso papel é de facilitador do processo de aprendizado, e que o médico é um aliado, não detentor único do conhecimento. Com base nesse artigo, percebemos também que não precisamos nos sentir receosos, pois ainda estamos em processo de construção da medicina em nós.

Estabelecemos então uma relação de confiança com o pai durante a consulta, ouvindo atentamente, demonstrando empatia e utilizando uma linguagem acessível. Apresentamos então dados científicos de forma clara e concisa, utilizando fontes confiáveis para explicar os benefícios da vacinação e os riscos da doença para quem não está imunizado. Embora o pai tenha continuado com algumas dúvidas, fomos persistentes, explicando com mais detalhes sobre os testes rigorosos aos quais a vacina foi submetida e os efeitos colaterais, geralmente leves e temporários. Durante a explicação, notamos que o pai começou a ouvir com mais atenção, sem interrupções, o que indicava que estava sendo convencido. Reforçamos a importância da vacinação para a comunidade, destacando a imunidade de grupo. Segundo Vissotto & Laura (2023), a comunicação eficaz é essencial para garantir a adesão do paciente ao tratamento. Neste caso, percebemos como uma boa interação, mesmo diante de desconforto, pode ser uma ferramenta poderosa.

Ao final da consulta, o pai afirmou que iria levar a criança à UBS mais próxima para a vacinação, agora convencido da importância da imunização para o bem-estar de seu filho, um lactente de 8 meses, imunologicamente vulnerável. Após o atendimento, o professor revisou a anamnese e o exame físico, confirmando que tudo estava correto. Ele reforçou a importância de a fala dos alunos ser clara e fundamentada, o que contribuiu para consolidar a informação transmitida. O retorno foi agendado para um mês, para uma nova avaliação.

Ao discutir o caso com o grupo e o preceptor, ficou claro como experiências como essa são essenciais para a formação médica. Elas não apenas ajudam a consolidar os conhecimentos adquiridos, mas também promovem o desenvolvimento de habilidades clínicas e interpessoais. Aprendemos também que experiências nos ambulatórios de

pediatria (e outros ambulatórios) são fundamentais para a formação dos médicos, pois permitem a aplicação de conhecimentos teóricos, o desenvolvimento de habilidades práticas e a humanização do cuidado. Além disso, são cruciais para o desenvolvimento de competências como autonomia, senso crítico, adaptação e capacidade de lidar com incertezas, habilidades indispensáveis na prática médica.

Em resumo, fica claro que experiências como essa são pilares na formação médica, contribuindo para o desenvolvimento de profissionais mais competentes, humanizados e preparados para atender às necessidades de saúde das crianças.

REFERÊNCIAS

[1] OLIVEIRA, Lilian Meire. Comunicação criança-acompanhante-pediatra: estudo observacional em diferentes níveis de assistência. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 97-107, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300008. Acesso em: 17 dez. 2024.

[2] SILVA, M.; SILVA, J. da. A importância do atendimento ambulatorial na formação médica. *In*: OUTUBRO MÉDICO, 33., 2022, Fortaleza. **Anais eletrônicos** [...]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2022. Disponível em: https://doity.com.br/anais/xxxiiioutubromedico/trabalho/258596. Acesso em: 17 dez. 2024.

[3] VISSOTTO, Laura C. O impacto da comunicação efetiva da equipe multiprofissional na atenção primária. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 9, n. 11, p. 30691–30703, 2023. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/64750. Acesso em: 17 dez. 2024.

CAPÍTULO

16 Limitação teórico-prática: discutindo uma tentativa de autoextermínio

Matheus de Paula Silva, Thiago Souza da Silva, Nilson Junio Faustino da Costa

O Curso de Graduação em Medicina, seguindo suas Diretrizes Curriculares Nacionais, propõe que o médico em formação deve ser capaz de se aproximar de forma humana e empática dos indivíduos que buscam atendimento, de modo a quase ignorar a posição destes de pacientes. A escola médica da Universidade Federal de Uberlândia vai além, estipula que os discentes que desejam praticar a medicina como profissão devem ser capazes de se aproximar de pacientes, estabelecer diálogos cheios de sentido e aprendizado, realizar exames físicos e interpretar achados clínicos desde o segundo período de estudo. Para tanto, a disciplina de Semiologia I surge como a introdução do aluno de Medicina da UFU ao hospital e aos pacientes, mas recorrentemente é ignorado pelos preceptores que um aluno recém iniciado ao ambiente hospitalar ainda não é capaz de interpretar e se portar em um encontro difícil, o que acaba proporcionando diversas histórias e traumas complexos e interessantes.

Assim ocorreu com este grupo, recém inserido na rotina de um dos maiores hospitais terciários do país. Ao final do segundo período, em busca de um paciente em que conseguíssemos desenvolver uma conversa tranquila e fácil, esperávamos em nossa visita à Enfermaria de Clínica Médica sermos capazes de conseguir duas ou três boas anamneses recém pedidas pelos preceptores. Após olhar o programa de informações de pacientes do hospital, não fomos capazes de escolher um indivíduo em específico, na verdade estávamos desnorteados e talvez à procura de alguém que nos pudesse ajudar, já que era uma das nossas primeiras visitas aos leitos sem a companhia de um professor. Por fim, seguindo um momento de procura, encontramos um quarto interessante no qual conseguimos alguém para conversar, havia uma paciente que estava disponível e extremamente disposta a explicar seu quadro. Depois de esgotar nossas questões, fomos à mulher logo ao seu lado, a qual havíamos notado que estava um pouco desinquieta e talvez ouvindo nossa anamnese com um pouco de interesse.

Sua história era completamente diferente do que já havíamos visto em nossas visitas às enfermarias do hospital, fato que por si só já descreveria um encontro difícil. Para nossa surpresa, aquela mulher não estava no hospital devido a uma infecção, ou para investigar uma doença cardíaca, muito menos para tratar algum distúrbio neuropático. Nossa paciente havia sido internada após uma tentativa de suicídio malsucedida, na verdade, mais uma tentativa malsucedida. Apenas esta "Queixa Principal" já seria suficiente para afastar muitos discentes que possivelmente não se sentiriam preparados para ouvir a história. A "História da Moléstia Atual" também era pouco convencional, uma tentativa de enforcamento em que a corda arrebentou e levou a paciente a cair sobre um prego que a perfurou. O caso inusitado, e o humor descontraído da paciente e sua acompanhante acabaram por colaborar em diminuir a tensão da conversa, entretanto foi inevitável o desconforto causado pelo assunto abordado. Conversar com um paciente que trata sua doença devido ao medo da morte é facilmente visto como um contato complexo, portanto deve-se imaginar que abordar um paciente que possivelmente tentou dar fim à

própria vida deve ser ainda mais difícil. O receio de abordar assuntos delicados tanto para a paciente quanto para a acompanhante, o medo de pressionar gatilhos importantes e o temor pelo risco de trazer a tona traumas da paciente foram alguns dos muros com os quais nos deparamos e que dificultaram o nosso contato com a pessoa que desejávamos ouvir. Talvez um excesso de empatia e cuidado pela paciente, associado ao medo de ferir ainda mais alguém que já foi ferida e ao autoconhecimento da falta de tato para tais assuntos, foi um estopim para nos travar e impedir de compreender a história de alguém que visivelmente desejava falar, ser ouvida e compreendida. Ao fim de nossa conversa, conseguimos alguns dados rasos e incompletos, junto a várias piadas e comentários engraçados, que mal serviriam para uma anamnese avaliativa, mas que certamente foram de bom uso para nossa evolução para futuros doutores. No próximo dia, ainda na busca por anamneses, descobrimos que a paciente que nos proporcionou um encontro difícil havia retornado para casa, mas sem que os colegas de quarto e equipe do setor tivessem notado a sua saída em progressão.

A anamnese acabou não sendo colhida, já que este trio não possuía, e ainda não possui, os meios adequados para abordar assuntos tão delicados quanto os transtornos mentais e tentativas de autoextermínio. Apesar do contato com aquela mulher não ter servido para uma futura avaliação, serviu como uma primeira experiência de encontro difícil e desafiador. Perceber como as condições individuais e específicas atingem de forma diferente cada ser humano, como cada indivíduo trata suas questões e como é difícil compreender os sentimentos externalizados por um paciente, naquele momento, serviu como um degrau para o amadurecer na graduação em medicina.

Ademais, a situação nos fez sentir inseguros quanto a conduta a ser adotada em casos como esse. Desejávamos ter mais recursos para obter um impacto positivo na condição da paciente, mas nossos recursos comunicativos prévios nos pareceram escassos diante de seu relato. Esse sentimento parece ser uma problemática sistêmica, já que a maioria dos serviços de saúde, incluindo os serviços de emergência, não está preparada para lidar com as complicações agudas de doenças mentais (Kawakami, 2016).

Ao refletir e buscar informações sobre esse encontro desafiador, notamos a existência de protocolos e diretrizes que visam auxiliar os profissionais de saúde que lidam com situações envolvendo o risco de suicídio. Esses modelos oferecem abordagens estruturadas e cientificamente respaldadas para identificar, intervir e apoiar pacientes em crise, promovendo tanto a segurança imediata quanto o cuidado a longo prazo. Nesse sentido, foi criado o Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T), uma avaliação que pode ser usada por profissionais de saúde durante seu primeiro contato com um indivíduo em risco de comportamento suicida e suicídio consumado. A avaliação de cinco etapas inclui a identificação de fatores de risco e proteção; conduzir uma investigação sobre suicídio; determinar o nível de risco e selecionar uma intervenção apropriada; e documentar o processo, incluindo um plano de acompanhamento (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009).

Notamos que aprender e aplicar esses protocolos é crucial para os profissionais de saúde, pois essas ferramentas não apenas ajudam a salvar vidas, mas também promovem uma abordagem mais humana, empática e baseada em evidências no cuidado ao paciente. Além disso, ao compreenderem as nuances da saúde mental e a complexidade do suicídio, esses profissionais tornam-se agentes de mudança no combate ao estigma e na normalização do debate sobre o tema.

Outro aspecto que nos impactou foi a constatação de como o cuidado em saúde mental é frequentemente negligenciado em relação a outras enfermidades, devido a diversos fatores, como o estigma social e a falta de compreensão sobre a importância da saúde psicológica. As doenças mentais, muitas vezes, são tratadas como menos urgentes ou difíceis de tratar, o que resulta em escassez de recursos e profissionais especializados. Além disso, historicamente, as doenças físicas recebem mais atenção, com maior investimento em pesquisas, tratamentos e infraestrutura. Esse cenário contribui para um ciclo de desvalorização da saúde mental, no qual os pacientes que enfrentam transtornos emocionais e psicológicos não recebem o suporte adequado, comprometendo sua qualidade de vida e recuperação. Para os profissionais de saúde, isso gera um ambiente de despreparo e insegurança, diante da dificuldade de lidar com essas questões de forma eficaz.

Dessa forma, transformamos uma experiência desafiadora em uma valiosa oportunidade de aprendizado e crescimento, fortalecendo nossa formação como futuros médicos. Sempre haverá desafios e momentos de dúvida em nossa jornada, mas é a busca constante por soluções que define a qualidade de um bom profissional. Assim, terminamos nosso relato citando uma frase do escritor britânico Aldous Huxley: “Experiência não é o que acontece com você, mas o que você fez com o que lhe aconteceu”.

REFERÊNCIAS

[1] KAWAKAMI, D.; PRATES, J. G.; TENG, C. T. Propostas para o futuro: estrutura física e equipe ideal nas emergências psiquiátricas. ***Debates em Psiquiatria***, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 28–33, 2016. DOI: 10.25118/2236-918X-6-4-3. Disponível em: https://revistardp.org.br/revista/article/view/125. Acesso em: 18 dez. 2024.

[2] NATIONAL INSTITUTE FOR MENTAL HEALTH. **SAFE-T Protocol: Suicide assessment five-step evaluation and triage**. 2004. Disponível em: https://www.nimh.nih.gov. Acesso em: 18 dez. 2024.

CAPÍTULO

17 O desejo de ajudar diante do pouco saber

Yuri Trivelato Desideri, Gustavo de Paiva Silva, Wender Araújo Silva

A centésima primeira turma da graduação de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) iniciou o curso em meados de agosto de 2023, e desde então vem sendo preparada para conseguir atuar de forma adequada dentro do hospital ao serem inseridos de forma mais rápida dentro da prática médica. Com isso, a turma iniciou em outubro de 2024 o ciclo clínico, sendo introduzida de forma mais concisa dentro do Hospital das Clínicas da UFU, entretanto esse início vem se apresentando bem desafiador para os alunos, tendo em vista que alguns deles se sentem, de certa forma, despreparados, para realizar de forma competente as tarefas dentro do hospital.

Para exemplificar esse contexto, podemos utilizar a história do Yuri, que relata que em sua primeira consulta no Ambulatório de Pediatria foi, de certa forma, "jogado" dentro de um consultório e precisou realizar o atendimento de uma puericultura de uma menina de 20 dias de idade, embora estivesse acompanhado. Ele relata que por não saber muito bem o que perguntar para a mãe, quais exames físicos deveriam ser feitos e como realizá-los, a consulta acabou por se tornar desconfortável tanto para ele, quanto para os pais que acompanhavam a criança. Dessa forma, a relevância da escolha dessa situação, está pautada na importância de discutir sobre como a confiança passada pelo aluno aos pacientes foi abalada, assim como a confiança dele consigo, que passou a pensar sobre si como incapaz de conseguir realizar uma consulta da forma correta, entrando em um conflito com sua ansiedade e passando a estudar muito mais que o necessário por se sentir sempre inapto a realizar as tarefas propostas.

Dentro do ambulatório de Pediatria, nos deparamos com desafios significativos:

1. A falta de conhecimentos, principalmente no início do período letivo;
2. A responsabilidade com crianças, recém-nascidos, mães e a saúde da família eventualmente.

Nesse sentido, podemos confirmar o sentimento de pressão dentro da vivência relatada e de outros episódios também. Essa pressão excessiva, impede com que possamos testar e falhar, uma vez que deveria ser um processo natural do aprendizado. Além disso, somos constantemente encontrados em situações nas quais não temos certeza de como agir. Esse fato repetido periodicamente dentro dos ambulatórios faz com que passemos a duvidar das nossas capacidades e do conhecimento acumulado até então. Lucchese *et al*. (2009), no artigo intitulado "Transferências na formação médica", descreve muito bem esse sentimento:

> *"Os alunos se angustiam ao se depararem com os sentimentos de impotência despertados pela dificuldade de aliviar o sofrimento que lhes é apresentado. Em geral, tentam suprir suas falhas com muita conversa, muita atenção e dedicação. Fazem milhares de perguntas e correm para conversar com o supervisor para que possam prescrever algum tratamento aos que lhes pedem alívio. É uma situação emocionalmente intensa e que*

> *provoca angústia pela ambiguidade do lugar que lhes é conferi- do: um lugar de potência, já que são investidos de um saber; mas também um lugar de aprendizes, daqueles que ainda sabem pouco de seu ofício."*

O sentimento de estar despreparado durante a graduação em Medicina é uma experiência comum entre muitos estudantes, especialmente nos primeiros anos do curso. Kaluf *et al*. (2019) destacam que essa sensação de insegurança e ansiedade foi frequentemente relatada por estudantes durante as etapas iniciais da formação. A pesquisa identificou que, além da sobrecarga acadêmica, os estudantes se viam desafiados a lidar com a pressão para atender às expectativas profissionais, o que acentuava a percepção de despreparo. Esses achados ressaltam a importância de estratégias de apoio psicológico, a fim de ajudar os estudantes a lidar com as exigências emocionais da formação médica.

A universidade desempenha um papel crucial à na medida em que deve reconhecer a necessidade e a viabilidade de implementar uma rede de apoio psicológico integrada. É importante destacar também como a rotina curricular dos estudantes pode contribuir para o agravamento das dificuldades em buscar esse tipo de ajuda, uma vez que a carga de atividades é exaustiva e os intervalos de tempo são escassos. E tal acúmulo de pensamentos negativos sobre a própria capacidade, pode acarretar dificuldades no atender e acompanhar da prática clínica dos discentes (Marco, 2009).

No artigo "Transferências na formação médica" é descrito sobre a importância de integrar aspectos técnicos e humanísticos na prática médica. Para ser um bom médico, além de adquirir conhecimentos técnicos para diagnosticar e prescrever tratamentos, é fundamental compreender as demandas emocionais e psicológicas dos pacientes. O médico deve atuar como um suporte, facilitando a expressão das tensões e contribuindo para o processo de cura, não só com tratamentos físicos, mas também por meio da escuta e da presença. A formação médica deve incluir o entendimento de que o próprio médico, com suas atitudes, palavras e presença, pode ser uma ferramenta terapêutica, o que requer autoconhecimento e sensibilidade para lidar com as reações emocionais dos pacientes.

Diante das referências utilizadas para responder as perguntas, aprendemos que podemos melhorar e aprender muito com vivências práticas. Para aprimorar a reflexão sobre seu próprio conhecimento, é essencial que os estudantes desenvolvam uma autoconsciência em relação ao seu aprendizado e à sua atuação clínica através da prática. Além disso, a busca por apoio psicológico é fundamental para o acompanhamento e orientação profissional, especialmente no que diz respeito às expectativas e frustrações durante a formação. E concluímos que uma escuta da necessidade do paciente e a atuação como um facilitador tem grandioso valor, muito além de ser apenas um "tratador de doenças". Nesse sentido, o fato de ter uma escuta ativa e se preocupar em ajudar e entender o paciente já é o suficiente para um estudante em dar seu melhor. Portanto, os conhecimentos técnicos podem ser adquiridos sem ansiedade e o tempo com o paciente pode se tornar mais agradável. Dessa maneira, treinar o "cuidar da alma" do paciente e não só da doença é essencial para solucionar a frustração com relação à responsabilidade do médico de tratar também a doença.

REFERÊNCIAS

[1] KALUF, Isabela de Oliveira *et al*. Sentimentos do Estudante de Medicina quando em Contato com a Prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 43, n. 1, p. 13-22, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/198152712015v43n1rb20180098.

[2] LUCCHESE, A. C.; ABUD, C. C.; DE MARCO, M. A.. Transferências na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, p. 644–647, out. 2009.

[3] MARCO, Orlando Lúcio Neves de. O estudante de Medicina e a procura de ajuda. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 33, n. 3, p. 476-481, set. 2009. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022009000300019.

CAPÍTULO

18 Ciência e pós-verdade: experiência clínica e reflexão na educação médica

Guilherme Freire Silva Rosa, Gustavo Ribeiro Alves, Henrique Fernandes Veloso Júnior

As vivências práticas em um curso de Medicina são de extrema importância para a formação acadêmica, principalmente quando os alunos têm a oportunidade de ter o contato com o paciente desde o início do curso. Nesse sentido, é notório que cada experiência é capaz de proporcionar não apenas o aprendizado técnico, mas também o desenvolvimento da autonomia e a identificação de lacunas no conhecimento, as quais motivam a busca por informações e pelo aperfeiçoamento profissional. Desse modo, este relatório busca demonstrar como uma experiência no atendimento do Ambulatório de Pediatria de um hospital universitário foi capaz de instigar a pesquisa e a busca pelo conhecimento, principalmente ao exigir habilidade comunicativa e embasamento científico, fato esse de suma relevância para a vida profissional após se formar.

No dia 06 de dezembro de 2024, três estudantes do quarto período do curso de Medicina de uma universidade federal tiveram a experiência de realizar um atendimento em conjunto de uma paciente de 9 meses de idade, a fim de praticar seus conhecimentos acerca da pediatria. A criança veio acompanhada de seu pai e de sua mãe com o intuito de realizar uma consulta de rotina da puericultura.

Nesse atendimento, os alunos aplicaram corretamente todas as estratégias para desenvolver um bom contato com o cliente: tom de voz adequado, contato visual, escuta atenta, uso de perguntas abertas, empatia, saber contornar conflitos, entre outras características de uma comunicação habilidosa (HA *et al*., 2010). Nesse sentido, após realizarem todas as etapas da anamnese e exame físico do bebê foram conferir as vacinas na caderneta da criança e notaram que a vacina do COVID prevista para iniciar a imunização com 6 meses não havia sido ministrada. Portanto, os alunos indicaram a necessidade de realizar essa imunização e chamaram o professor para discussão do caso com a família.

Nesse contexto, após ouvir todo o caso o preceptor reforçou a importância da imunização contra a COVID e ouviu a seguinte frase do pai: “Dr., eu não estava querendo dar essa vacina para a minha filha, pois acredito que ela não é eficaz já que foi desenvolvida muito rapidamente e tem muita briga política envolvida. O que o senhor acha?”. Essa frase chamou bastante atenção dos estudantes, pois, ao discutir entre eles, observaram que não saberiam convencer cientificamente os pais a vacinarem a filha, bem como não eram capazes de informar os prós e os contras para tranquilizar os pais. Diante disso, levantou-se a necessidade de pesquisar acerca da importância dessa imunização e da sua segurança para o público infantil, para que em um próximo atendimento estivessem preparados para lidar com essa situação de maneira adequada tal qual foi feita pelo professor.

Assim, esse episódio evidencia um problema da saúde pública atual: a crescente disseminação de fake news e a politização de questões científicas, que impactam negativamente a adesão às campanhas de vacinação (Souto *et al*., 2024). Ademais, esse

momento vivenciado na pediatria destacou a importância de reconhecer as suas próprias limitações e buscar suporte quando necessário, garantindo o melhor atendimento ao paciente e aprendendo diante de um assunto desconhecido. Portanto, nesse caso, recorrer ao professor permitiu que os pais recebessem as informações confiáveis e embasou os alunos para a pesquisa posterior.

Ao refletir sobre tal acontecimento, creio que conduzimos a situação da melhor forma possível, pois ao discutir com o médico preceptor e chamá-lo para conversar com o pai da criança, assumimos nossa ignorância e oferecemos aos pacientes a oportunidade de ter o melhor atendimento possível. Ademais, por ser mais experiente, sabíamos que o preceptor teria maior facilidade em elucidar as dúvidas daqueles pais, bem como seria capaz de nos direcionar para os estudos frente aquela situação.

Nesse prisma, como estudantes de medicina, a situação que vivemos, relatada acima, nos desperta um sentimento de preocupação e responsabilidade em relação à forma como as ideias antivacinas podem comprometer a saúde infantil. Por outro lado, a experiência foi motivadora, pois incentivou a busca por informações mais aprofundadas sobre imunizações e as implicações de sua recusa, além de despertar curiosidade sobre técnicas eficazes para comunicar-se com famílias hesitantes (Sáfadi, 2022).

Por fim, concluímos que a consulta de puericultura, portanto, reforça desde a importância de uma relação médico-paciente adequada, com um atendimento humanizado e a criação de um vínculo entre o profissional da saúde e o enfermo, bem como alenta a necessidade de conhecimentos científicos convincentes acerca de fatos da atualidade relativos à política que podem interferir negativamente na saúde da população em geral, como nas *fake news* relativas à vacina do COVID-19. Por conseguinte, diante do cenário que foi exposto é notória a relevância das experiências de contato médico paciente desde o início do curso de medicina para instigar os alunos do curso de medicina a se prepararem para as diversas situações da futura vida profissional e estimular a busca pela resolução de suas próprias dúvidas.

REFERÊNCIAS

[1] HA, J. F. *et al*. Doctor-Patient Communication: A Review. **The Ochsner Journal**, v.10, n.1, p. 38-43, 2010. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3096184/.

[2] SÁFADI, M. A. P. The importance of immunization as a public health. **Jornal de Pediatria**, v. 99, n. 1, p.S1-S3, 2022. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755722001425?via%3Dihub

[3] SOUTO, E. P. *et al*. Hesitação vacinal infantil e COVID-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, 2024. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10929884/.

CAPÍTULO

19 Aprendizado além de uma nota

Alan Braga de Lima, Lucas Petraglia Barroso, Raffael Ramos Montalvão

Este texto é composto por 2 relatos de experiência baseado em entrevistas realizadas com pacientes em situação terminal. A vivência narrada reflete não apenas o cumprimento de tarefas acadêmicas, mas também o impacto profundo que esse encontro teve na formação pessoal e profissional de estudantes de Medicina. O relato explora as reflexões e aprendizados que emergiram desse momento, trazendo uma perspectiva humana e filosófica sobre a prática médica.

A experiência médica, em especial de um estudante de Medicina, é repleta de encontros que desafiam e transcendem o ensino formal. Ao ingressar em um hospital, especialmente nos anos iniciais da formação, é comum que estudantes carreguem expectativas moldadas pelo currículo formal da Medicina, orientado pela busca do conhecimento científico, da competência técnica e de um desempenho avaliado em notas. Contudo, como bem destaca Nietzsche em Assim Falou Zaratustra: "Quem tem um porquê de viver, pode suportar quase qualquer como" (Friedrich Nietzsche, 1989). Esta frase ganha significado quando o estudante de medicina se depara com a realidade da morte em um paciente com câncer terminal — uma situação limite onde as respostas técnicas dão espaço às reflexões existenciais sobre o porquê ser médico.

Ao iniciar um encontro clínico com um paciente terminal, muitas vezes os alunos acreditam que a tarefa será apenas uma formalidade: coletar dados, preencher formulários, cumprir exigências acadêmicas e tirar uma boa nota em uma prova banal. Esse imaginário reforça a lógica tecnicista que, como critica Albert Camus em O Mito de Sísifo, "consiste em crer que tudo pode ser explicado e, portanto, controlado" (Albert Camus, 2014). A Medicina, por definição, não escapa dessa tendência, e a prática do estudante muitas vezes distancia o aluno do caráter humano e subjetivo do cuidado à saúde. No entanto, é justamente no contato com a finitude e a fragilidade humana — no leito de morte de um paciente — que a fratura dessa lógica se evidencia: a medicina não é uma ciência exata, mas sim uma prática carregada de subjetividade, emoções e significados que ultrapassam os livros e as provas.

Nesse contexto, a entrevista de um paciente terminal traz uma lição que vai além do conteúdo curricular formal. Conforme apontado por Paulo Freire, em Pedagogia do Oprimido, "ninguém educa ninguém, os homens se educam entre si, mediados pelo mundo" (Freire, 2005). A experiência de ouvir um paciente no fim da vida, carregado por uma história pessoal única e irrepetível, torna-se uma lição compartilhada, onde o aprendizado é atravessado não só pela dimensão técnica da medicina, mas por uma compreensão mais profunda da condição humana.

O currículo formal da Medicina, ao enfatizar competências técnicas, histórico clínico e intervenções baseadas em evidências, muitas vezes subestima o impacto emocional e filosófico das vivências clínicas. Contudo, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina reforçam a importância da "humanização do cuidado"

(Brasil, 2014) e do desenvolvimento de habilidades comunicativas e reflexivas que permitam ao futuro médico atuar de forma integral. Dessa forma, em experiências como entrevistas com pacientes terminais, os estudantes conseguem perceber a importância da empatia e do diálogo como ferramentas fundamentais no processo de cuidado e cura — mesmo que a cura seja a morte. Através da escuta ativa e do diálogo humanizado, os pacientes encontram dignidade em seus últimos capítulos, enquanto os acadêmicos descobrem que o sentido da medicina vai além de curar.

ENTRE UMA NOTA E UM CONHECIMENTO

Era segunda-feira, e eu estava eufórico. Estava na fase final do semestre letivo, com provas se acumulando e a ansiedade aumentando. Foi então que surgiu a necessidade de colher uma anamnese no hospital e entregá-la para a professora de semiologia. Como o semestre estava extremamente difícil, eu sabia que precisava de uma boa anamnese para garantir meu progresso. Durante a noite, conversei com um veterano do hospital, que já estava no internato, há cerca de quatro anos à minha frente no curso. Ele me convidou para acompanhá-lo em um plantão noturno no pronto-socorro da Clínica Médica. Prontamente aceitei, pois parecia a oportunidade perfeita para colher a anamnese que precisava, além de aprender algo na convivência hospitalar.

Cheguei cedo no plantão, ansioso para o que iria acontecer. Imaginava se apareceria algum caso que me empolgasse, como um infarto, AVC ou alguma doença rara. Inicialmente, os chefes passaram os casos da noite, e eu e meu colega ficamos encarregados de evoluir quatro pacientes. Tudo estava seguindo de forma calma, sem nenhuma intercorrência no telefone que “atrapalhasse” nossas evoluções. Os três primeiros casos foram simples, envolvendo pessoas com traumas leves, e a conversa foi fácil e rápida. No entanto, esses casos eram o oposto do que eu desejava, já que procurava algo mais desafiador para construir minha anamnese perfeita e ganhar alguns pontinhos na matéria.

Quando finalmente chegamos ao último paciente a ser reavaliado, a primeira coisa que me marcou foi a coloração de sua pele, extremamente amarelada e seca. De imediato, pensei em alguma doença hepática e fiquei animado, pois poderia ser um caso interessante de se estudar. Nos aproximamos, nos apresentamos ao paciente e a seus dois acompanhantes, seu filho e sua esposa. A voz dele era rouca e fraca, o que dificultava escutá-lo e compreendê-lo. Fiquei frustrado, pois parecia que minha anamnese perfeita estava se distanciando.

Com a ajuda da esposa e do filho, conseguimos extrair algumas informações: ele sentia muita dor abdominal, vomitava frequentemente, não conseguia se alimentar nem ir ao banheiro. No exame físico, o abdome estava globoso e rígido à palpação. Não era um caso simples de descrever clinicamente para um acadêmico.

Terminamos a análise inicial e fomos para a sala de prescrição. Passamos o caso para um dos chefes da Clínica Médica, que indicou transferir o paciente para cuidados paliativos. Toda a discussão não levou mais de dois minutos. Contudo, eu ainda precisava de uma anamnese completa e decidi voltar ao leito para entrevistá-lo mais detalhadamente.

Voltei ao quarto com um misto de ansiedade e determinação. O paciente estava de olhos fechados, mas não dormia. Cumprimentei novamente e perguntei se poderia conversar um pouco mais. Ele abriu os olhos lentamente, sorriu de forma discreta e

concordou. “Fique à vontade, doutor”, disse ele com uma voz fraca, mas acolhedora.

Comecei com perguntas básicas, tentando criar um ambiente de conforto. Perguntei sobre sua família, trabalho e gostos pessoais. Ele contou que era agricultor e que dedicou toda a vida à sua pequena propriedade. Falou com orgulho sobre como plantava milho e que já estava na época ideal para a colheita, e como seus filhos cresceram ajudando na colheita. Seus olhos brilharam quando mencionou que um de seus três filhos estava esperando um filho de quatro meses, que seria seu quarto netinho, a quem ele falava com alegria.

A conversa foi tomando um tom mais profundo. Ele começou a falar sobre os medos que sentia. “Não tenho medo de morrer, mas me preocupa deixar minha esposa e meu filho sozinhos para cuidar de tudo”, disse ele, com a voz embargada. Perguntei o que ele mais desejava naquele momento. Ele respondeu: “Queria ter mais tempo. Tempo para ver meu novo neto, para me despedir direito das pessoas que gosto. Principalmente, queria ter mais tempo para me desculpar por muitas brigas bestas que fiz com meus filhos e outros. Também queria ter oportunidade de comer o que gostava, já que o que mais o incomodava era não conseguir se alimentar direito.”

Ao final da entrevista, agradeci a ele por compartilhar sua história e me desculpei por ter tomado parte de seu tempo. Ele segurou minha mão e disse: “Obrigado por me ouvir, a gente fica aqui pensando na vida, é bom conversar.” Saí do quarto com o coração apertado e a mente em turbulência. Aquela noite foi um divisor de águas na minha forma de ver a Medicina.

De volta à sala de prescrição, escrevi a anamnese com o máximo de detalhes. Mas, para mim, o mais importante não estava nos sintomas, nos sinais ou no diagnóstico. Estava na experiência de ouvir e acolher. O paciente não era apenas um caso, mas um ser humano com histórias, medos e desejos. Percebi que a Medicina vai muito além de exames e tratamentos; ela também envolve empatia, escuta e conexão.

Naquela noite, enquanto voltava para casa, refleti sobre como entrei no hospital buscando apenas uma anamnese perfeita para minha avaliação e saí de lá com uma lição de vida. Aprendi que, muitas vezes, as maiores aprendizagens não estão nos livros ou nas aulas, mas nas interações humanas que a prática médica proporciona. A partir desse dia, decidi que, independentemente das pressões acadêmicas ou profissionais, eu sempre tentarei ser um médico que acolhe e ajuda seus pacientes.

ALÉM DA TÉCNICA: UMA REFLEXÃO SOBRE A HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA

Lembro-me de um contato específico que me marcou: era uma quinta-feira e estávamos tendo aula prática de Farmacologia no Hospital do Câncer, com um professor especializado em Oncologia. Nessa matéria, estávamos aprendendo a arte de prescrever medicamentos, com todo o seu rigor e especificidade: tal remédio demanda tal receita de tal cor, e assim por diante. Em dado momento da nossa aula, o professor nos propôs uma dinâmica prática: formaríamos pequenos grupos e cada um receberia um número de quarto e leito para realizar uma anamnese, focando nos medicamentos que os pacientes estavam usando.

Volto a frisar que estávamos no Hospital do Câncer, e até o momento eu não tinha tido nenhum contato com pacientes oncológicos. Acredito que escolhi narrar esse

encontro justamente por isso. Foi uma primeira experiência — uma experiência que ultrapassava em muito a primeira anamnese que eu havia feito no segundo período com um paciente qualquer, cujo diagnóstico sequer me recordo. Com essa paciente oncológica, foi completamente diferente, pois tudo ao redor da atmosfera daquele leito exalava tristeza, resiliência, fé, aceitação e força. Enfim, vários adjetivos pairavam naquele lugar, e esse contato, sem dúvida, me marcou profundamente.

Pedimos licença, entramos no quarto e perguntamos pela paciente, que havia sido sorteada para nossa anamnese. Ela estava no último leito do quarto, acompanhada de sua filha mais nova. Aproximamo-nos dela, apresentamo-nos como acadêmicos de Medicina e pedimos para fazer algumas perguntas sobre seu caso, algo rápido. Ela nos autorizou e, então, começamos.

Logo, o que era para ser algo simples e direto se tornou uma das experiências mais intensas que já vivi em um hospital. A paciente pôs-se a responder nossas perguntas com a maior boa vontade, com uma voz trêmula e bem baixinha. Em poucas palavras, ela nos contou que sofria de um tumor bastante incomum, chamado tumor desmóide obstrutivo crônico, que acometia seu intestino. Entre nossos questionamentos e suas respostas, ela fez profundas reflexões sobre a vida, encorajando-nos a viver com mais paixão e a correr atrás dos nossos sonhos. Ela também fez um sincero apelo: que nos formássemos como bons médicos, humanos e empáticos, pois, nas palavras dela, a situação que vivia resultava de uma má conduta médica, que a colocara em um estado em que nada mais poderia ser feito.

Naquele momento, a paciente estava em cuidados paliativos, com expectativa de vida de mais alguns dias. Sinceramente, eu não estava preparado para ouvir e ver tudo aquilo. Achei que seria somente mais uma anamnese; estava focado apenas no que nos havia sido pedido pelo professor e, de repente, me vi em uma situação na qual não sabia como agir. Eu queria muito ter as palavras certas para oferecer a Juliana, poder lhe dar algum tipo de apoio ou conforto, mas acredito que não consegui, e isso me deixou bastante incomodado. Segui ouvindo-a atentamente durante todo o seu desabafo e disse-lhe o quanto a achava forte.

Essa vivência me forçou a refletir sobre o verdadeiro papel de um médico, que vai muito além de curar um corpo. Cabe-nos também o dever de curar, ou ao menos aliviar, as feridas da alma dos nossos pacientes e oferecer algum tipo de conforto, mesmo que seja apenas por meio de palavras, sobretudo para pacientes em estado terminal, como era o caso de Juliana. Por vezes, nos prendemos tanto à tecnicidade da nossa profissão que esquecemos o fator humano, assim como eu, que entrei naquele quarto com o exclusivo intuito de colher informações, ignorando a vida que ali existia.

Essa experiência certamente contribuiu para minha formação, servindo, no mínimo, para um autoconhecimento e para o reconhecimento da necessidade de melhorar como aluno, futuro médico e ser humano.

Neste portfólio, os momentos escolhidos se caracterizaram pela realização de anamneses durante um plantão noturno no hospital e em uma aula comum no Hospital do Câncer, as quais foram experiências que marcaram profundamente as nossas trajetórias acadêmicas. A escolha desses episódios se justifica pela riqueza de aprendizado e transformação que proporcionaram, tanto no aspecto técnico quanto no humano. Inicialmente, nossas motivações eram puramente acadêmicas: buscávamos anamneses para cumprir exigências curriculares e garantir uma boa avaliação. Contudo, a interação com diferentes pacientes nos fez perceber que a prática médica vai muito além

da busca por dados clínicos e diagnósticos.

Durante o processo, refletimos sobre nossas atitudes e comportamentos. Chegamos ao hospital com uma visão limitada, focado apenas no aspecto técnico da atividade. Nossa ansiedade e enfoque sobre abordagens técnicas deixou evidente uma falta de maturidade em compreender o valor do cuidado centrado no paciente. As conversas com aquele homem e aquela mulher, que estavam enfrentando suas angústias e medos, nos fez repensar a maneira como abordamos cada pessoa. Ao invés de ser apenas um "coletor de dados", aprendemos que ouvir com empatia e respeito pode, por si só, ser terapêutico.

Essa vivência trouxe à tona necessidades de aprendizagem claras. Precisamos aprimorar as habilidades de comunicação, principalmente no que diz respeito à escuta ativa e ao acolhimento. Além disso, percebemos a importância de desenvolver uma abordagem mais humanizada, que integre o conhecimento técnico com a capacidade de enxergar o paciente como indivíduo com suas histórias, sentimentos e expectativas. A prática médica exige mais do que dominar semiologia e exames físicos; ela demanda habilidades interpessoais que precisam ser cultivadas desde cedo.

Nesse sentido, a experiência se relaciona diretamente com os conteúdos aprendidos ao longo da formação. A anamnese é, de fato, uma ferramenta essencial, mas ela não se limita a perguntas e respostas. Para responder às necessidades identificadas, preciso consolidar o que aprendemos sobre comunicação e empatia na prática clínica, aplicando de forma mais consciente os princípios de uma escuta qualificada e de um cuidado centrado no paciente. Além disso, percebemos que a própria formação acadêmica precisa continuar reforçando a integração entre o saber técnico e o acolhimento humano como pilares indissociáveis do exercício médico.

Essa experiência sintetiza uma importante lição: a prática médica é construída não apenas através de diagnósticos e tratamentos, mas, sobretudo, por meio das relações humanas. Desenvolver a capacidade de acolher, ouvir e estabelecer vínculos é tão essencial quanto realizar um exame físico detalhado. A partir desse dia, prometemos a nós mesmos que seremos médicos atentos não apenas aos sinais clínicos, mas também às histórias e emoções que cada paciente carrega.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 3, de 23 de Junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina**, Diário Oficial da União, Brasília, p. 8– 11, 2014.

[2] CAMUS, A. **O Mito de Sísifo**. Rio de Janeiro: BestBolso, 2014.

[3] FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 42. ed. [S.l.]: Paz e Terra, 2005.

[4] FRIEDRICH NIETZSCHE. **Assim falou Zaratustra**: um livro para todos e para ninguém. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. ISBN 85-286-0030-0.

CAPÍTULO

20 Um encontro difícil na Pediatria

João Victor Soares Martins, João Victor Silva Rocha, Reynam Francisco dos Santos Cesar

Como parte do currículo acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), desde o segundo período somos convidados a vivenciar o ambiente hospitalar. Esse momento marca nossa primeira experiência prática no "agir" médico, por meio da realização da entrevista médica. Esse contato inicial não é apenas um exercício técnico, mas uma imersão em um espaço que, conforme destacou Michel Foucault em "Microfísica do Poder", transcende a cura para se tornar um lugar essencial de formação e transmissão de saber. Nesse sentido, o hospital a partir de 1780, assume uma nova função: ser o local onde a prática médica encontra o aprendizado, local em que o indivíduo é, ao mesmo tempo, objeto de estudo e ser humano a ser cuidado. É nesse cenário, por vezes desafiador, mas necessário, que somos confrontados com a realidade do "agir" médico, que perpassa o conhecimento técnico e assume, também, um caráter social: de saber ouvir sem julgamento, de decidir com responsabilidade e agir com sensibilidade e ética.

No quarto período, damos um passo além – não mais ficamos confinados à anamnese, passamos a atender no Ambulatório de Pediatria às quartas-feiras. Foi em uma dessas quartas, não ironicamente a nossa primeira oportunidade de atender sozinhos, que chegou a nós uma mãe acompanhada de seus dois filhos gêmeos. Estávamos entusiasmados, afinal era a primeira vez que finalmente seríamos "médicos". No entanto, esse entusiasmo logo se desfez. Isso porque, as crianças que tinham por volta de quatro anos, não ficavam quietas no consultório: elas saiam pelo interior do corredor, subiam na mesa, mexiam nos objetos à sua volta e não nos deixavam nem colher a anamnese nem realizar o exame físico, enquanto a mãe, apática, parecia deixar tudo à nossa responsabilidade. Não seria nenhuma hipérbole dizer que destruíram o consultório.

Nesse contexto, escolhemos narrar esse episódio porque ele reflete um choque entre a nossa vontade de atender e cumprir o cronograma e o obstáculo imposto pela atitude das crianças, que se soma a nossa inabilidade em mediar esse conflito, o que contribuiu para sentirmo-nos impotentes e desanimados com os próximos atendimentos.

Durante a consulta, frente a postura passiva da mãe, ficamos receosos em intervir de forma mais firme com as crianças e entrar em conflito com a mãe, assim limitamo-nos a manter o foco nela e interagir com as crianças apenas quando a situação saía do controle. Naturalmente, por ser crianças, a situação frequentemente saia do controle e tínhamos que ir buscá-las pelo corredor.

Acreditamos que, ao adotarmos uma posição mais passiva, contribuímos para a perpetuação do caos. Isso, pois, ao não intervir de forma firme, acabamos deixando as crianças no controle da situação, o que dificultou a consulta e o cumprimento do propósito pelo qual todos estavam ali. Assim, ao refletirmos posteriormente, concluímos que deveríamos ter estabelecido uma abordagem mais assertiva desde o início, convidando a

mãe a nos ajudar no controle da situação e na imposição de limites, o que não ocorreu devido à falta de confiança em nossa própria autoridade.

Apesar da frustação, esse episódio apresenta uma importante oportunidade de aprendizado. Assim, ao refletir sobre a nossa atitude, sentimos a necessidade de aprender estratégias de comunicação com as crianças e melhorar a comunicação com os responsáveis (no nosso caso, a mãe) para que se sintam mais envolvidos no processo e, assim, ajudem a mediar a situação, criando um ambiente mais colaborativo. Nesse contexto, Branquinho Oliveira (2016) destaca que a comunicação com crianças deve ser adaptada ao seu estágio de desenvolvimento. Isso significa que devemos adotar uma linguagem simples e utilizar recursos visuais claros, para tornar o atendimento médico mais acessível e compreensível.

Essa visão é, ainda, reforçada por Leite, Caprara e Coelho Filho (2007):

> A relação com a criança pode ser estabelecida atraindo-a para uma conversa ou brincadeira apropriada ao seu desenvolvimento, oferecendo-lhe brinquedos e mostrando-se sensível aos temores que ela possa ter. Ignorar a criança até o momento de exame físico constitui um dos equívocos mais frequentes. A exemplo de seus pais, as crianças se sentem mais confortáveis quando são cumprimentadas pelo nome e envolvidas em interações agradáveis antes de serem inquiridas com perguntas delicadas ou ameaçadas com exames. (Leite *et al*., 2007, p. 95).

No nosso caso, ao não envolver as crianças de forma ativa durante a consulta, acabamos contribuindo para sua agitação. Essa postura reforça a visão de que, muitas das vezes, o paciente pediátrico é um ente passivo da consulta, e não participa ativamente desta, assim a interação, no contexto do atendimento pediátrico, ocorre entre os polos adultos, excluindo a criança da comunicação (Kohlsdor, 2013). Esse distanciamento compromete a experiência e a efetividade do atendimento, o que torna essencial a adaptação da comunicação para incluir a criança no processo. Dessa forma, poderíamos, por exemplo, ter direcionado algumas perguntas diretamente às crianças, permitindo que elas participassem ativamente da consulta. Perguntas simples, como "Você está com dor?" ou "Você sabe o que vamos fazer agora?", poderiam ter envolvido as crianças no processo, reduzindo a agitação e criando um ambiente mais colaborativo.

Além disso, uma boa conexão com os responsáveis também é um fator importante para o sucesso da consulta pediátrica e não deve ser subestimada. A mãe, que estava visivelmente passiva durante o atendimento, poderia ter sido mais envolvida no controle da situação, o que impediu que estabelecêssemos limites claros para as crianças, o que levou à perpetuação do caos no consultório. A participação dos pais, especialmente na comunicação e manejo do comportamento das crianças, é essencial para o sucesso do atendimento e para garantir um ambiente mais respeitoso e organizado. Isso porque a atuação ativa dos responsáveis não apenas facilita o comportamento adequado dos pequenos, mas também fortalece a relação entre profissional, criança e família (Oliveira, 2016). Se tivéssemos orientado melhor a mãe, ao invés de aguardar passivamente a sua posição, convidando-a a assumir uma postura mais ativa, ela poderia ter mediado o comportamento das crianças e colaborado para criar um ambiente mais tranquilo e menos desgastante.

REFERÊNCIAS

[1] FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1995. Acesso em: 15 dez. 2024.

[2] KOHLSDORF, M.; COSTA-JUNIOR, Á. L. Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 4, p. 539–552, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400007. Acesso em: 15 dez. 2024.

[3] LEITE, Á. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. 1 ed. São Paulo: Sarvier, 2007.

[4] OLIVEIRA, Sandra Maria Branquinho Mendes de. **Elementos facilitadores do processo de comunicação na prestação de cuidados de saúde em contexto pediátrico: uma revisão scoping**. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde). – Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, 2021. Disponível em: https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7014/1/SandraMariaBranquinhoOliveira_DM.pdf. Acesso em: 15 dez. 2024.

CAPÍTULO

21

A terminalidade da vida e sua interface com a prática do cuidado

Wellington Silveira de Almeida, Isabela de Santana Vasques Melo, Milena Mariana Wellichan

No sexto período do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como parte integrante das atividades curriculares do módulo de Medicina Integrada III, destaca-se as aulas vivenciadas na Enfermaria Cirúrgica do HC-UFU, voltadas à discussão de casos clínicos, procedimentos e complicações cirúrgicas. Nesse contexto, os encontros são voltados à abordagem da cirurgia vascular, da cirurgia do aparelho digestivo e da cirurgia torácica. Assim, como um hospital de referência da região, a maioria dos casos apresentam-se como complexos e envolvem doenças graves ou em estágio avançado.

Diante disso, nos meses que englobaram a cirurgia do aparelho digestivo, um tema corriqueiro foi a intervenção cirúrgica no câncer do trato gastrointestinal. Já acostumados com a dinâmica dos encontros (nos quais é passado um caso aos alunos, que em trios ou em duplas, são direcionados a realizar uma anamnese a beira leito), na última reunião do período, a preceptora, ao distribuir os casos, alerta sobre uma paciente, já idosa, ictérica e de história patológica de importante discussão para o grupo.

Ao chegar ao leito, nos deparamos com uma senhora de aspecto frágil e cansado, de pele com forte coloração amarelada. De maneira rotineira e cortês, perguntamos ao acompanhante se poderíamos conversar, ele nos informou que sim, mas que preferia que a entrevista fosse realizada longe do leito. Ao iniciar os questionamentos rotineiros de qualquer anamnese médica, o acompanhante, neto da enferma, nos relatou sobre o diagnóstico de câncer de cabeça do pâncreas da avó. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de pâncreas é um tumor maligno que normalmente não apresenta sintomas em seu estágio inicial, com apenas 2% dos pacientes apresentando uma sobrevida superior a cinco anos após serem diagnosticadas (Siegel *et al*., 2023)[9].

Ao contar a história, o neto apresentava feições tristes e preocupadas, e nos informou que foi o primeiro a acompanhar a avó ao Pronto Atendimento e a saber do diagnóstico. Nessa perspectiva, observa-se como, a partir do momento em que o diagnóstico de câncer é confirmado, a dinâmica familiar se modifica, passando por transformações e rearranjos em prol de atender às necessidades do doente (Bernardes *et al*., 2019)[2]. A rotina de vivenciar a perda física e emocional do ente querido, faz com que o acompanhante entre em estado de aflição diante da perda iminente do familiar, vivenciando um luto antecipatório (Lopes *et al*., 2024)[7].

Nesse sentido, escolhemos narrar este acontecimento porque reconhecemos que diagnósticos de doenças que envolvam a necessidade de cuidados paliativos serão vivenciados por todos os médicos, seja na graduação, seja na prática médica, e muitas vezes, ainda despreparados para lidar com os dilemas e desafios dessa modelo de cuidado, vivencia-se a prática de uma medicina que subestima o conforto do enfermo com doença incurável e com prognóstico limitado impondo-lhe uma longa e sofrida agonia, em uma verdadeira luta contra a morte, obstinada e sem limites. Nesse sentido, é imperativo

compreender a dimensão da existência e da dignidade humana diante dos limites da medicina e da ciência. Para isso, se torna imprescindível o desenvolvimento de competências e habilidades específicas da área, para a proposição de projetos terapêuticos individualizados e na garantia da integralidade do cuidado, conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)[3]. Neste momento em que a ciência médica não pode curar, mas apenas aliviar a dor, vários conceitos aprendidos no componente curricular do eixo Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas (ASRF) podem ser colocados em prática, como a medicina centrada na pessoa, o atendimento humanizado, a empatia, a escuta ativa e o planejamento compartilhado.

Já no início da conversa, o neto nos esclareceu o motivo de preferir que a entrevista fosse realizada longe do leito: a avó ainda não sabia do diagnóstico. Logo, cabe o questionamento dos quatros princípios bioéticos que predominam e validam a prática clínica: respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, além de suas quatro regras práticas - veracidade, privacidade, confidencialidade e fidelidade (Armendane, 2018)[1]. Será que o ato de respeitar a autonomia, por meio do conhecimento de seu quadro clínico, acarretaria no comprometimento do princípio da beneficência da paciente? O questionamento feito pelo acompanhante cabe também, nessa situação, à reflexão da equipe médica.

Segundo o Código de Ética Médica (CEM)[5], é dever do médico informar o estadiamento do câncer para o paciente, como um exercício de respeito à autonomia, ao mesmo tempo em que princípios humanitários precisam ser seguidos.

> Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (Capítulo V - Relação com pacientes e familiares - CEM, 2019).

Nesse sentido, compreendemos que a comunicação na relação médico-paciente é central para a inclusão e participação dos pacientes nos processos de cuidado, principalmente para aqueles com prognóstico reservado, pois, em um breve momento, o compartilhamento da informação é capaz de afetar a vida do paciente e de seus familiares (Sombra Neto *et al.*, 2017)[10]. Diante disso, entendemos que precisamos desenvolver habilidades para a transmissão de más notícias aos pacientes, pois o médico deve, respeitando o sujeito adoecido, informar de forma empática, sensível, com paciência e com escuta ativa, a fim de que o paciente exerça sua autonomia de forma consciente.

Ao retornar à sala de reunião e discutir o caso com a preceptora, cirurgiã desde a década de 1980, ela informa a turma que a conduta nesses casos é cirúrgica e o procedimento, quando realizado, ocasiona grande morbidade. Conforme a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, a duodenopancreatectomia (conhecida como cirurgia de Whipple) não se restringe ao órgão, mas também consiste na retirada dos linfonodos próximos, assim como do ducto biliar, de parte do intestino delgado e do estômago. No caso em questão, a cirurgia provavelmente seria paliativa. Diante do exposto, o questionamento que coube aos alunos seria se tal cirurgia respeitaria o princípio da não maleficência, considerando que a sobrevida poderia chegar a um ano e meio, e a morbidade e perda de qualidade de vida associada ao procedimento? Nesse viés, conforme definição da Organização Mundial de Saúde em 1990 e em 2002, os cuidados paliativos são uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias

que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento (Hermes *et al*., 2013)[6].

Nesse cenário, para nós, enquanto profissionais da saúde, é uma situação emocionalmente intensa e que provoca certa angústia pela ambiguidade do lugar que nos é conferido: um lugar de potência, já que somos investidos de um saber e uma gama de ferramentas terapêuticas; mas também um lugar de limitação, em situações nas quais os recursos da medicina se tornam paliativos, e não mais curativos (Lucchese *et al*., 2009)[8]. Aqui, somos desafiados a refletir sobre a terminalidade da vida e sua interface com a prática do cuidado. No momento em que vivenciamos este caso, especificamente, nos sentimos impactados e compadecidos com o sofrimento do neto diante da fragilidade da avó doente e, ao compreender a parte clínica da doença, percebemos sua gravidade e ficamos muito reflexivos sobre qual seria a melhor conduta para a paciente, como lidar com esses casos no exercício da futura profissão e, também, refletimos sobre a importância de aprender sobre os princípios dos cuidados paliativos durante a graduação, na qual, muitas das vezes, se restringe à abordagem da vida e da cura, isto é, a inúmeros arsenais medicamentosos e de procedimentos cirúrgicos, e não somos preparados para lidar com a morte.

Outrossim, a promoção de conhecimentos da assistência ao paciente em cuidados paliativos é essencial tanto para sabermos a aplicação desse modelo de cuidado com os pacientes, quanto para entendermos como abordá-los aos familiares, pois, no momento da vivência do caso, nos sentimos limitados, já que não conseguiríamos fazer essa abordagem e ficaríamos paralisados se tivéssemos que explicar a situação ao neto que acreditava ainda em uma cura para sua avó. Neste caso, ficamos com a pergunta de aprendizado: o que são os cuidados paliativos e como conectá-los aos princípios bioéticos da beneficência, autonomia, não maleficência e justiça?

Dessa forma, aprendemos que pacientes paliativos seguem cinco princípios bioéticos, os quais contribuem para um cuidado efetivo. Existe o Princípio da Proporcionalidade, que visa que os tratamentos utilizados tenham uma proporção entre os meios utilizados e os resultados efetivos; o Princípio do Duplo Efeito que se refere a permissão de ações que tragam um efeito positivo, mesmo que acompanhados por outro negativo; o Princípio da Prevenção que visa prever com maior frequência as complicações ou sintomas do pacientes e informar os familiares; o Princípio do Não Abandono, o qual a ideia é que o paciente não seja abandonado, ainda que se recuse a alguma conduta e, por fim, o Princípio da Veracidade, o qual coloca a autonomia como o máximo da relação médico-paciente. Em relação à bioética, o problema consiste em integrar na justa medida e para caso concreto a ética da tolerância, a ética da responsabilidade e a ética da solidariedade, sendo a tolerância conquistada no caminho em direção à solidariedade, este laço que une pessoas como corresponsáveis pelo bem umas das outras (Chaves *et al*., 2011)[4].

Nesse contexto, tivemos a oportunidade de aprender um pouco mais sobre a área dos cuidados paliativos, a partir da leitura do livro “A morte é um dia que vale a pena viver”, da médica Ana Claudia Quintana Arantes, orientada como parte das atividades do componente do eixo reflexivo ASRF VI, o qual nos traz uma excelente reflexão sobre a humanização necessária neste tipo de situação, sobre o uso da medicina como forma de conforto e alívio da dor. Ademais, o livro nos leva a refletir também sobre nossa própria existência, sobre como conduzimos a nossa vida e sobre como que, enquanto médicos, se não cuidarmos de nossa saúde, não conseguiremos cuidar do próximo e proporcionar o devido entendimento sobre o outro.

Desse modo, compreendemos a importância da abordagem de aspectos referentes à terminalidade da vida e sua interface com a prática do cuidado na grade curricular do curso, de modo a assegurar a dignidade humana e uma prática médica centrada na pessoa, em sua dimensão biopsicossocial e não apenas em paradigmas biomédicos, respeitando os limites da medicina e evitando a obstinação terapêutica.

REFERÊNCIAS

[1] ARMENDANE, G. D. Por um cuidado respeitoso. **Revista Bioética**, v. 26, n. 3, p. 343–349, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-80422018263253.

[2] BERNARDES, J. F. *et al*. O acompanhante do paciente oncológico em fase terminal: percepção do técnico de enfermagem. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 1, p. 27-37, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37nL71351.

[3] BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: Ministério da Educação (MEC). Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/med.pdf.

[4] CHAVES, J. H. B. *et al*. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Revista Dor**, v.12, p. 250-255, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000300011.

[5] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de Ética Médica**. Resolução nº 1.246/88. Brasília: Tabloide, 1990.

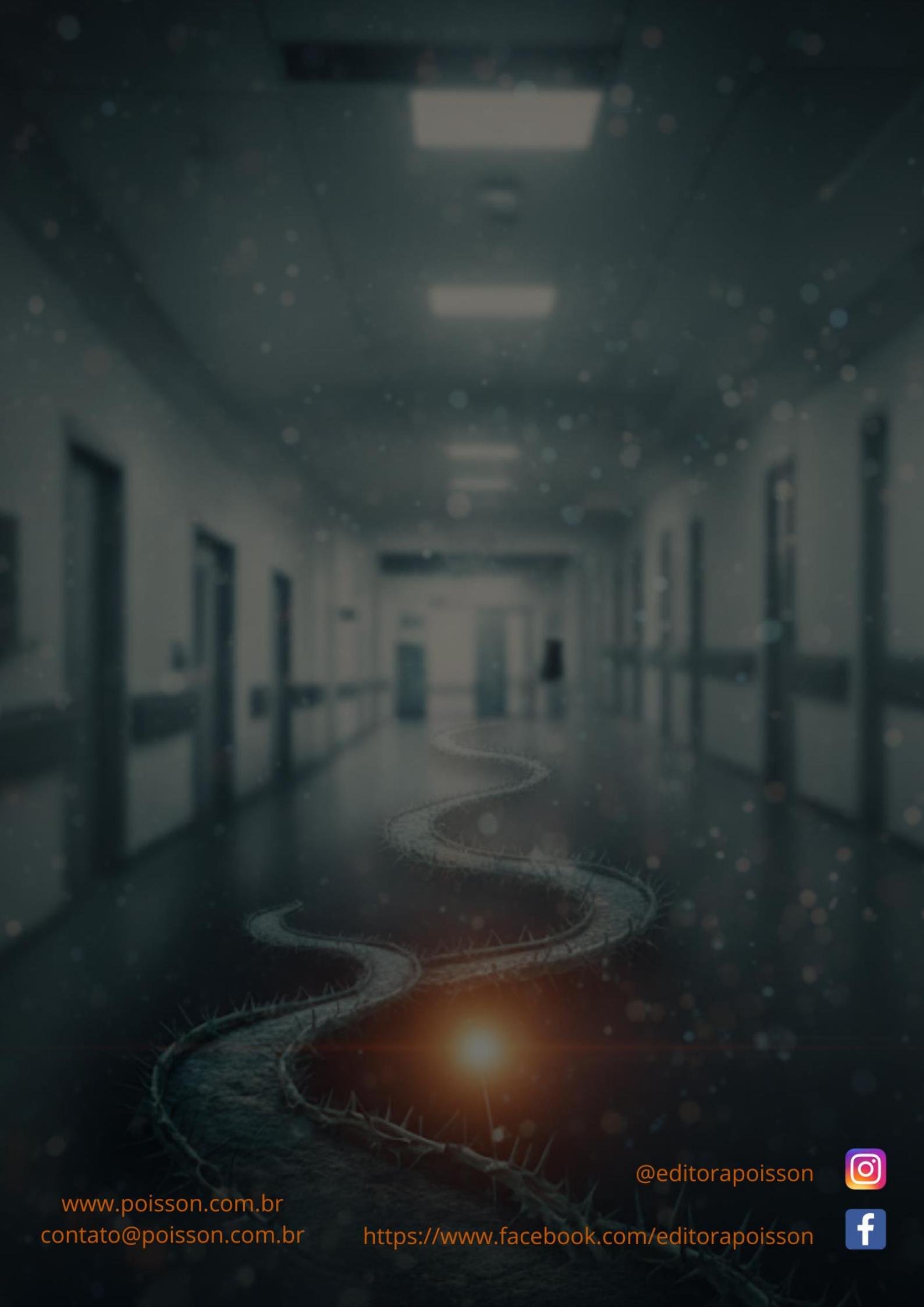
[6] HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012.

[7] LOPES, J. R.; SILVA, A. F.; ARAUJO, G. O.; SÁ, A. V. S. F.; ARAUJO, G. R. Luto e Terminalidade: uma revisão de literatura sobre aspectos psicológicos em familiares de pacientes com câncer. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências – RIEC**, v. 7, n. 1,p. 81-99, 2024. Disponível em: https://riec.univs.edu.br/index.php/riec/article/view/357/266.

[8] LUCCHESE, A. C.; ABUD, C. C; DE MARCO, M. A. Transferências na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 33(4): 644-647; 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400015.

[9] SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; WAGLE, N. S.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2023. **CA Cancer J Clin**. 2023 Jan;73(1):17-48. doi: 10.3322/caac.21763. PMID: 36633525.

[10] SOMBRA NETO, L. L. *et al*. Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 41(2), 260–268, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20160063.



@editorapoisson
www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br
https://www.facebook.com/editorapoisson